

445

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Suzanne VIDAL

Ancienne externe en premier des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'Institut de Puériculture de la Faculté de Médecine

Née le 20 Octobre 1899 à ASNIÈRES (Seine)

DERMITES INFANTILES

et

RÉACTIONS SECONDES

Président : Monsieur GOUGEROT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, EDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Suzanne VIDAL

Ancienne externe en premier des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'Institut de Puériculture de la Faculté de Médecine

Née le 20 Octobre 1899 à ASNIÈRES (Seine)

DERMITES INFANTILES

et

RÉACTIONS SECONDES

Président : Monsieur GOUGEROT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, EDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.

Clinique médicale

CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.

Clinique chirurgicale

DELBET.
 CUNEO.
 LEJARS.

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.

Clinique d'accouchements

COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire

J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Léon BERNARD.
 SERGENT.
 MAUCLAIRE.
 MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.

MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GROUD	Histologie.
HARVIER ...	Pathologie médicale.
MAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE...	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIANF	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi-
	lographie.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN ...	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
METZGER	--

V. — Chargés de cours

MM.	
MAULAIRE, professeur sans	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire	
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse. Hommage de respectueuse
gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE PROFESSEUR DELBET
M. LE DOCTEUR BERGÉ (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR ARROU

Externat

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S.-I. DE JONG (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR LEVANT
M. LE DOCTEUR Jules RENAULT
M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BÉNARD
M. LE DOCTEUR H. LEMAIRE (*in memoriam*)

Externat en premier

M. LE DOCTEUR H. LEMAIRE (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR CROUZON
M. LE DOCTEUR PISSAVY (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR LEMELAND

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS ROUILLARD,
MARCHAL, CARRIÉ
Médecins des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS HUC, DURAND, DALSACE

A MADAME LE DOCTEUR Jeanne MONTLAUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR Henri MONTLAUR

Dermites infantiles et réactions secondes

Introduction

Il n'y a pas, en médecine infantile, d'affection qui soit de constation plus banale que les dermites du nourrisson (érythèmes infantiles du siège).

Leur fréquence, leur intensité et leur diffusion possibles leur constituent une place importante dans la pathologie cutanée du premier âge. Cependant, on ne leur a pas toujours accordé une grande attention et malgré les remarquables travaux de Jacquet et de Ferrand, leur nature est restée obscure.

M. H. et J. Montlaur ont apporté à cette question, vaste et complexe, une contribution extrêmement intéressante.

Les résultats de leurs recherches, et leur interprétation à la lumière de notions biologiques récentes, paraissent établir qu'un certain nombre de dermites observées dans les cinq premiers mois de la vie, et leurs processus évolutifs — jusque-là considérés comme « eczéma du nourrisson » — présentent une étiologie commune microbienne ou toxiniennne due à l'entérocoque, d'origine digestive et de virulence exaltée.

Ce sont ces recherches, auxquelles M. H. et J. Montlaur ont bien voulu nous associer, depuis octobre 1930, pour une très modeste part, que nous nous proposons d'exposer ici.

*
**

Dans une première partie de notre travail, nous reprendrons l'étude clinique des érythèmes infantiles, nous réservant d'insister sur les formes qui, par leur intérêt ou leur

fréquence, ont particulièrement attiré notre attention. Nous en résumerons les conceptions étiologiques classiques et exposerons les recherches qu'ils ont suggérées.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons les réactions cutanées secondes, phénomènes biologiques de sensibilisation et nous tenterons d'interpréter et d'enchaîner ces faits.

Enfin, pour terminer, nous exposerons rapidement les indications thérapeutiques que ces travaux ont inspirées et nous en résumerons les résultats.



A cette occasion, il nous est agréable de remercier Monsieur et Madame Montlaur, et de leur dire toute notre gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée, sans cesse, en toutes circonstances.

Ils nous ont accueillie dans leur laboratoire et à leurs consultations avec la plus grande amabilité. Ils nous ont permis de travailler avec eux, sous leur direction, et ont mis à notre disposition les résultats de toutes leurs recherches. Ils nous ont constamment entourée de judicieux conseils. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond attachement.

PREMIÈRE PARTIE

Dermites infantiles

CHAPITRE PREMIER

Historique

Chez le nouveau-né et le nourrisson, l'observation dans la région du siège d'éruptions diverses, désignées sous le nom d'érythèmes infantiles, est fréquente.

Leur étude peut paraître d'un intérêt restreint, pendant longtemps, dermatologistes et pédiâtres les ont négligées et s'en sont tenus aux descriptions anciennes. La première étude clinique remonte à Valleix, en 1838. A sa suite, Trousseau, Delpech, puis Seux et Bouchut leur consacrent quelque attention, signalant les premiers les formes papuleuses.

En 1877, Parrot publie une importante étude des érythèmes infantiles où il conclut en opposant :

L'érythème simple vésiculeux, manifestation de l'athrepsie, à l'érythème papuleux, manifestation de la syphilis congénitale, et qu'il dénomme : syphilis lenticulaire. Il crée ainsi une confusion grave en méconnaissant la filiation pathogénique des formes vésiculeuses et des formes papuleuses.

Dix ans plus tard, Jacquet reprend et précise cette étude. Le premier, il a eu le mérite d'établir la dépendance de ces deux formes artificiellement séparées par Parrot, et de montrer que cette éruption papuleuse, tout à fait indépendante de la syphilis représente, en réalité, le stade terminal de l'érythème vésiculeux.

En outre, il propose de remplacer le terme insuffisant et même impropre d'érythème par celui de dermite ou mieux de dermo-épidermite, puisqu'il s'agit d'une inflammation de la peau dans toute son épaisseur.

Depuis lors, ces opinions ont été confirmées par tous les auteurs qui se sont occupés de la question : Sevestre, Cadet de Gassicourt, Besnier, A. Fournier.

Moussous, en 1905, insiste sur la coexistence fréquemment observée d'une dermite érythémateuse évoluant chez les nourrissons atteints en même temps d'eczéma séborrhéique de la face et du cuir chevelu. Ce parallélisme entre les deux affections « érythémateuses et eczémateuses » le frappe, mais sans expliquer cette coexistence et les liens qui peuvent les unir, il les décrit comme deux manifestations cutanées différentes, quoique très proches, d'un même état général.

En 1908, la thèse de Ferrand, « Les dermites des Nourrissons », écrite sous l'inspiration du Professeur Hutinel, vient élargir le cadre de la question. Elle comporte une étude approfondie des érythèmes infantiles et souligne l'analogie de ces éruptions avec le processus eczématiforme.

Depuis, l'étude des dermites infantiles a été plus ou moins délaissée. De nombreuses descriptions très soignées en ont été faites sans apporter toujours d'éléments nouveaux.

M. le Professeur Marfan leur consacre dans ses cliniques des maladies de la première enfance une leçon très précise. Il s'en faut, pourtant, que ce chapitre de la dermatologie infantile, soit définitivement éclairci.

Depuis 1929, M. H. et M^{me} J. Montlaur ont repris cette étude. Leurs travaux, objets d'une communication au huitième Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie de Copenhague (1930), puis de diverses autres publications donnent à cette question un intérêt d'ordre général, tout à fait nouveau.

CHAPITRE II

Etude clinique des dermites infantiles

Les dermites infantiles ont été décrites sous des dénominations variables :

érythèmes infantiles,
dermites infantiles simples,
dermo-épidermites eczématiformes (Ferrand)

Elles revêtent des types cliniques multiples et l'on éprouve une certaine difficulté à les classer méthodiquement.

Jacquet, auquel il faut toujours revenir, proposait la classification suivante (pratique dermatologique) :

- 1° Dermite érythémateuse simple;
- 2° — érythémato-squameuse (Ery. squameux);
- 3° — érythémato-vésiculeuse (Ery. vésiculeux simple);
- 4° — papuleuse;
- 5° — ulcéreuse;
- 6° — intertrigo.

Ces différents aspects cliniques ne sont que des formes cliniques d'intensité croissante d'un même état : la filiation qui les unit apparaît clairement dans le tableau suivant :

DERMITES INFANTILES SIMPLES
Jacquet (*In Pratique dermatologique*)

Dermite au premier degré ou érythémateuse. Erythème simple.

Dermite au deuxième degré	Erythémato- vésiculeuse	Erythémato-squameuse. Erythème squameux	
		Ery. vésiculeux pur	
		Ery. — érosif	
		Erythème bourgeonnant	
		syphilide lenticulaire (Parrot)	
		Ery. papulo-post-érosif ou syphilide post-érosive (Jacquet)	
		Erythème lenticulaire (Sevestre)	
		Erythème vésiculeux polymorphe ou mixte	

Dermite au troisième degré ou ulcéreuse.

Dermite intertrigo (simple, érosive, ulcéreuse).

I. — DERMITE ERYTHÉMATEUSE SIMPLE (NON VÉSICULEUSE)

La dermite érythémateuse simple constitue le type clinique le plus commun des érythèmes fessiers. C'est une lésion dermatologique persistante, qui se distingue de la rougeur fugace, « érythème physiologique » des premiers jours de la vie.

Dans les cas les plus bénins, cette dernière se traduit par une rougeur hyperhémique limitée des fesses et des régions périnéo-génitales.

Dans les cas plus accentués, l'éruption occupe les régions fessière, génitale et leur voisinage, la face postérieure et interne des cuisses, descendant le long de la face postérieure des jambes, la région lombo-sacrée, en somme toute le plan postéro-inférieur du corps, « formant un vaste fer à cheval » dont les deux branches correspondent aux jambes et la « courbure aux lombes » (Jacquet). L'épiderme rouge cerise est tuméfié, chaud et luisant, comme vernissé.

A un degré extrême, ces limites sont dépassées; les lésions gagnent l'abdomen, la région lombaire, « s'étendent en ceinture autour du bassin » (Petges), envahissent la totalité des membres inférieurs y compris la région plantaire. Les plis sont atteints et présentent des excoriations linéaires saignantes. Il existe un suintement séro-fibrineux qui empêche les langes. L'enfant, agité, traduit sa souffrance par des cris.

Tous les intermédiaires peuvent s'observer entre ces formes extrêmes. Mais quoi qu'il en soit, l'érythème domine et reste simple, sans vésicule ni papule, et c'est à juste titre que certains auteurs (Jacquet, Moussous) maintiennent cette variété, bien que la plupart des auteurs englobent toutes les dermites de l'enfance dans la forme suivante vésiculeuse.

Se rapprochant de cette forme, Moussous et son élève Lebard signalent un type clinique particulier, présentant des caractères spéciaux qui lui font une place voisine mais distincte.

C'est un érythème diffus, intéressant les fesses, la région périnéo-génitale, les faces postérieures des cuisses et des jambes, quelquefois même la totalité des membres inférieurs, remontant jusqu'à l'ombilic et aux lombes. L'épiderme, aminci, sans fissure ni vésicule, est rouge foncé, vernissé.

La limite de cette vaste lésion est nette, marquée par un soulèvement épidermique à contours festonnés. Cette forme atteint des enfants de moins de cinq mois, d'aspect floride, présentant des lésions d'eczéma séborrhéique. Elle est tenace, avec tendance à la chronicité, tout en restant toujours purement érythémateuse.

II. — DERMITE ERYTHÉMATO-VÉSICULEUSE

Etudiée et remarquablement décrite par Parrot, elle est très voisine de la précédente. Comme celle-ci, elle débute par des lésions érythémateuses sur lesquelles apparaissent un élément nouveau très important: les vésicules.

Au centre des régions convexes (fesses, faces postérieures des cuisses et des mollets), sur le périnée, le scrotum ou la

vulve, exposés aux frottements et à des irritations multiples, ces vésicules sont plus abondantes, plus volumineuses, mais aussi plus éphémères. Souvent, elles échappent à l'observation et ce que l'on observe, ce sont des érosions arrondies, punctiformes ou lenticulaires, rouge foncé, suintantes.

Parfois, sur ce fond de dermite érythémateuse, les vésicules n'ont même pas le temps de se former et les érosions se produisent d'emblée.

Elles se groupent en nombre variable, 5, 10, 15 pouvant fusionner et prendre un aspect polycyclique. Cependant, sur les bords de la dermite, régions moins exposées aux frottements, on peut trouver des vésicules intactes : élevures grisâtres, peu saillantes, remplies d'un liquide transparent.

Petges signale « qu'autour de la zone érythémateuse — en « peau saine — il existe souvent de petites élevures papuleu-
« ses dont certaines formeront une vésicule. Parfois la bor-
« dure est marquée par une petite collerette épidermique ».

L'évolution est variable : tantôt les érosions s'épidermisent et les téguments reprennent vite un aspect normal; tantôt, au contraire, les érosions deviennent le siège d'un processus papillomateux, pseudo-papuleux qui caractérise la forme suivante.

III. — DERMITE PAPULEUSE POST-ÉROSIVE

Très caractéristique, elle est diversement dénommée par les auteurs :

Erythème papuleux

Syphilides lenticulaires de Parrot

Syphiloïdes post-érosives.

Elle s'observe chez des enfants plus âgés, entre quatre et six mois, nourris artificiellement.

Une fois constituée, on voit, sur un fond érythémateux plus ou moins marqué, des éléments papuleux, circulaires, de dimensions variables, les plus petits miliaires, les plus gros lenticulaires, ne dépassant jamais un centimètre de diamètre. Leur coloration est rouge vif, quelquefois rouge foncé, parfois violacée. Leur surface est en général aplatie, avec une

légère dépression au centre. Recouvertes d'un épiderme lisse, aminci, elles sont entourées d'un halo blanchâtre ou à peine rosé.

Fermes, élastiques au palper, elles occupent les parties convexes en quatre lieux de prédilection : fesses, partie supérieure des cuisses, partie inférieure, mollets; dans chacune de ces régions, c'est la partie centrale qui présente les lésions les plus accentuées. Leur nombre est variable, elles ne sont jamais confluentes. Dans leur intervalle, la peau est saine ou parsemée de taches brunes, dernier vestige de papules en voie de décroissance.

L'évolution est assez rapide, deux ou trois jours pour les petites papules, huit ou dix pour les plus grosses. L'élément s'affaisse, laissant apparaître un « plissement épidermique » rayonné, à plis très fins et parallèles comme les plis d'une « bourse qu'on aurait resserrée », suivant l'expression de Jacquet. Elles n'apparaissent plus, bientôt, que sous la forme d'une macule rougeâtre, puis brunâtre, assez persistante.

Leur similitude avec les syphilides muqueuses est grande et souvent troublante. Il faut, pour éviter la confusion, faire une analyse minutieuse des caractères distinctifs.

La syphilide érythémato-papuleuse polymorphe se présente sous forme de taches arrondies ou ovalaires, dont le diamètre dépasse un centimètre. Habituellement d'un rouge cuivré ou rose saumon, elles sont disséminées, mais siègent surtout aux membres inférieurs, fesses, cuisses, pieds. Dans les plis qu'elles affectionnent, elles prennent volontiers un caractère de macération.

Elles se recouvrent souvent de squames. Lorsque celles-ci se détachent, il persiste autour de la lésion une collerette épidermique, la collerette de Biett.

Ces lésions procèdent par poussées successives; elles s'accompagnent d'autres manifestations syphilitiques, d'un mauvais état général de l'enfant, et souvent, d'une sérologie positive. Chaque élément atteint d'emblée ses caractères définitifs.

Ce fut le mérite de Sevestre et de Jacquet de séparer nettement ces deux éruptions. Ils montrèrent que la dermite papuleuse, tout à fait indépendante de la syphilis, était consé-

cutive à la dermite érythémato-vésiculeuse, qu'elle n'atteint le stade papuleux qu'après avoir subi successivement une série de transformations : tout d'abord se constitue une dermite vésiculeuse des régions postérieures; puis les vésicules se rompent, laissant une érosion arrondie, rouge vif. Enfin, le derme mis à nu bourgeonne, formant des pseudo-papules.

« La dermite papuleuse post-érosive apparaît donc comme « un état plus avancé ou compliqué de la dermite érythémato-vésiculeuse » (Petges).

Ces divers stades évolutifs peuvent coexister chez le même enfant.

A côté de ces faits typiques, on se trouve très souvent en présence de lésions complexes: mélange de papules plus ou moins nettes, rougeur plus ou moins œdémateuse, érosions : « A cet ensemble — dit Jacquet — on pourrait donner le « nom de *dermite complexe* ou *mixte* : elle est une des variétés fréquentes. »

IV. — DERMITE ULCÉREUSE

Cette forme où le processus érosif continue à creuser en profondeur, s'observe chez des enfants dont l'état de nutrition est précaire.

Les ulcérations isolées ou confluentes, plus ou moins irrégulières, se voient dans la région ano-génitale, au niveau du sacrum, des malléoles, des talons et même au niveau de l'occiput, en un mot, en tous points où la compression mécanique surajoute ses effets à ceux de la macération.

V. — ERYTHÈME INTERTRIGO

La localisation initiale au niveau des plis qui, mieux cachés, restent plus humides et plus rouges, caractérise l'intertrigo « cette dermatose si vulgaire, que bien peu d'enfants y échappent ». (Jacquet).

L'érythème envahit la région périnéale et les plis voisins, plis anaux, interfessier, génito-cruraux, inguinaux.

Dans sa forme la plus discrète, il consiste en une teinte rosée des deux lèvres du pli avec une légère tuméfaction des téguments.

Dans les formes plus intenses, on trouve dans le fond du pli une ou plusieurs fissures. Les lésions débordent sur les régions voisines : siège, organes génitaux, face postérieure des cuisses et des jambes, partie inférieure de l'abdomen. Les téguments ont une coloration rouge vif ou foncé, un aspect luisant, comme vernissé. Ils sont généralement humides, macérés, enduits d'un exudat séro-fibrineux qui empêche le linge.

L'érythème intertrigo — que d'ailleurs M. le P^r Marfan identifie avec la dermite érythémateuse — semble être l'apanage des enfants au sein.

Il provoque sans doute de la douleur et de la cuisson, car l'enfant s'agite et crie.

Il n'est pas rare de voir de l'intertrigo du siège coexister avec de l'intertrigo des autres plis de la peau : cou, nuque, aisselles et sillon rétro-auriculaire pour lequel il a une prédilection marquée.

Ces formes pures d'érythème intertrigo peuvent présenter des intensités variables.

A côté d'elles, il existe une infinité de *cas mixtes* où l'érythème intertrigo s'associe en proportions diverses à l'érythème vésiculeux. Il en résulte un mélange de vésicules, de fissures, d'érosions suintantes, qui réalise une véritable eczématisation (eczéma intertrigo des nouveaux-nés, de Ferrand). Ces cas complexes, véritables formes de passage, sont responsables de la confusion qui existe encore dans les descriptions classiques.

Nous voudrions nous arrêter à l'étude d'une de ces variétés cliniques.

MM. Moussous et Lebard — nous l'avons signalé — la rattachent à la dermite érythémateuse simple. D'autres la décrivent comme eczéma intertrigo. Quoiqu'il en soit, nous l'avons très communément observée et désirons en préciser quelques caractères cliniques et évolutifs.

L'affection apparaît entre le neuvième et le quarantième jour de la vie, habituellement vers le quinzième. Le siège présente tout d'abord un érythème léger.

Loin de rester limitée à la région fessière, la rougeur s'accroît et s'étend aux régions avoisinantes: ano-génitales et sacro-lombaires. Descendant vers les membres inférieurs, elle gagne la face interne et postérieure des cuisses et des jambes, débordant même sur la face externe où, habituellement, elle laisse subsister une mince bande de peau saine. Les malléoles, les talons, les régions plantaires sont souvent intéressées. Ainsi, tout le plan postéro-inférieur du corps est occupé par l'érythème qui dessine, suivant la comparaison classique, « un fer à cheval dont la convexité est dans la région sacro-lombaire ». L'abdomen est envahi dans sa partie ombilicale.

Toutes les surfaces tégumentaires atteintes sont d'une coloration uniforme rouge cerise, parfois même lie de vin. La peau est chaude, tendue et vernissée. L'épiderme est aminci, le suintement discret, souvent même absent.

Cet érythème le plus souvent, reste lisse; quelquefois, il se parseme de vésicules, de papules érosives et même d'ulcérations.

Tous les plis (interfessier, inguinaux, génito-cruraux) sont suintants. Souvent même ils sont le siège d'un véritable intertrigo.

Cette vaste lésion érythémateuse présente en général une limite nette, dessinant une ligne sinueuse largement festonnée, polycyclique. Elle est marquée par une collerette épidermique de bordure : soit simple petite bordure frangée, soit soulèvement épidermique à large lambeau flottant.

Au voisinage de cette lésion, épars plus ou moins loin autour d'elle, on trouve de petits éléments parfois très nombreux, arrondis ou ovalaires, de dimensions variables (d'une tête d'épingle à une lentille — plus rarement comme une pièce de 50 centimes ou de un franc). Ils sont rouge vif, légèrement saillants, toujours bordés d'une collerette épidermique. Ils constituent le processus d'extension de la lésion.

Evolution

Ces différentes dermites évoluent de façon variable,
l'évolution étant liée à la forme clinique,
à son étendue,
et à ses localisations.

Fugace, régressant en quelques jours, quand elle reste à sa phase initiale, la dermite érythémateuse est plus durable si elle atteint la forme vésiculeuse ou papulo-érosive. L'érythème intertrigo est particulièrement tenace.

De plus, toutes ces variétés sont sujettes à des reviviscences qui en allongent la durée.

CHAPITRE III

Etiologie

La nature de ces dermites infantiles, mal déterminée, a donné et donne encore lieu à de multiples discussions.

De nombreuses causes ont été invoquées. Aucune, cependant, malgré leur diversité, n'apporte d'argument décisif et peut régir à elle seule l'apparition de ces dermatoses.

La *nature syphilitique* de la forme papuleuse invoquée par Parrot n'est plus admise aujourd'hui.

De même, le *muguet* comme le croyait Valleix, et l'*athrepsie* signalée par Parrot, Sevestre et Cadet de Gassicourt, ne peuvent être acceptées comme des causes suffisantes de ces dermatoses. En effet, si l'on ne peut nier l'extrême fréquence des dermites pendant leur évolution, il n'est pas moins vrai qu'on les voit aussi chez des enfants vigoureux, nullement athrepsiques, et ne présentant pas de muguet.

I. — RÔLE DES SELLES ET DES URINES DANS LA PRODUCTION DES DERMITES INFANTILES.

L'irritation cutanée produite par les fèces a un rôle manifeste dans l'apparition des érythèmes des nourrissons. Leur lieu d'élection au niveau du siège, l'atteinte limitée — au début tout au moins — à toutes les régions qui macèrent de façon constante avec les urines et les matières fécales, est un fait qui n'a pu manquer de faire soupçonner, dans la genèse

de ces affections, le rôle du contact irritant des excrétiions sur la peau fragile de l'enfant.

Certaines conditions rendent cette irritation particulièrement vive :

Le change trop rare des couches entraînant un contact prolongé et nocif.

Le port d'une culotte de caoutchouc, cause de macération épidermique.

Le contact de linges trop neufs ou trop rudes, l'usage de couches mal lavées ou mal rincées, ayant subi l'action de lessives caustiques.

L'essuyage trop vigoureux.

Enfin, les frottements provoqués par les mouvements de l'enfant qui éprouve de la cuisson et du prurit favorise l'érythème. Il est notoire que les lésions les plus profondes se groupent aux points de contact maxima de frottement.

II. — RÔLE DE L'ALIMENTATION ET DES TROUBLES DIGESTIFS

A côté de ces causes locales externes essentielles pour certains, de nombreux auteurs, avec Jacquet, pensent que l'origine des dermites doit être recherchée du côté du tube digestif. Le mode et la qualité de l'alimentation sont invoqués pour une grande part dans la production des différentes variétés d'érythèmes fessiers. Depuis longtemps, M. le P^r. Marfan a montré que, à quelques exceptions près, l'érythème intertrigo est le propre des enfants au sein, surtout s'ils sont suralimentés ou si la nourrice a un lait trop gras; l'érythème vésiculeux et l'érythème papulo-érosif qui lui succède quelquefois sont le propre des enfants au biberon et il est plus fréquent chez ceux qui sont en état de dénutrition.

A plus forte raison, une alimentation mal dirigée, mal tolérée, et les troubles gastro-intestinaux qui en sont la conséquence peuvent être à l'origine d'une dermite infantile.

En effet, des troubles digestifs variés précèdent souvent et accompagnent la dermite. Ils entraînent des altérations chimiques et bactériologiques des selles et des urines qui rendent

celles-ci particulièrement nocives. C'est un fait de constatation courant que les selles diarrhéiques sont beaucoup plus irritantes que les selles normales.

Cependant, M. Marfan remarque que « la diarrhée n'est « pas toujours nécessaire pour que l'érythème apparaisse, « et qu'inversement, il y a des diarrhées qui ne se compliquent « pas d'érythème ».

Ces conditions locales dans l'étiologie et la pathogénie de l'érythème ne suffisent donc pas à l'expliquer entièrement. Certains érythèmes sont tenaces, d'autres récidivent avec une grande facilité, alors qu'aucun phénomène nouveau favorisant (diarrhée, relâchement dans les soins de l'enfant) ne s'est produit.

Jacquet l'avait déjà remarqué, quand il écrivait : « ...Tous « ces facteurs (action mécanique et chimique des fèces et des « urines) sont des facteurs de première importance, mais capables seulement de renforcer, non de créer de toute pièces, « et par conséquent d'expliquer ces dermatoses. Il y a donc « un autre élément... »

III. — TROUBLES GÉNÉRAUX

On a alors, tour à tour, incriminé puis éliminé les modifications des humeurs de l'organisme, les troubles de la vascularisation cutanée.

Moussous pense à une action du système nerveux vaso-moteur, en raison des alternances rapides d'éclosion et de disparition de ces états. On a également invoqué l'évolution dentaire normale et surtout anormale.

Hutinel fait jouer un rôle majeur à l'infection générale du sujet. Il est hors de doute que la peau d'un infecté se défend mal contre l'agression des causes nocives.

Somme toute, aucune de ces causes n'apporte une solution satisfaisante. Leur rôle se réduit à favoriser le déclenchement, si l'on peut dire, de la réaction cutanée. Ce sont des causes secondaires ayant une importance indiscutable, il est vrai, mais non déterminante.

IV. — LE TERRAIN

Le rôle du terrain est capital.

« Dans un grand nombre de dermatoses — dit M. Darier —
« notamment dans les plus fréquentes, la cause directe, ex-
« terne ou interne, n'est pas tout : un degré de sensibilité préa-
« lable ou acquise intervient pour faire naître la réaction cu-
« tanée et pour en déterminer la modalité. »

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître cette prédisposition.

V. — RÔLE DE L'INFECTION CUTANÉE

Les travaux modernes permettent, de plus en plus, d'incriminer une origine microbienne ou mycosique.

Dans ses études sur les intertrigos et certains pityriasis (dartré furfuracée), M. R. Sabouraud a eu, le premier, le grand mérite de prouver le rôle des cocci pyogènes et en particulier du streptocoque dans quelques affections cutanées.

Par la suite, cette conception microbienne de certaines dermatoses n'a fait que s'affirmer et s'élargir.

Grâce aux nombreux cas observés pendant la guerre, M. le Professeur Gougerot a pu faire une étude complète des dermo-épidermites strepto-staphylococciques et décrire leurs nombreuses variétés cliniques et leur polymorphisme.

Ces recherches, poursuivies chez l'adulte, sont d'une portée générale. En effet, leur fréquence et leur importance pratique n'est pas moins grande chez l'enfant.

Poursuivant ses observations, M. le Professeur Gougerot a signalé deux formes de dermo-épidermites particulièrement fréquentes chez le nouveau-né et le nourrisson :

« A. — Les dermo-épidermites microbiennes érythémato-
« érosives, puis squameuses du siège, des cuisses, du périnée,
« des organes génitaux avec ulcérations creuses ou papuleuses
« ou végétantes (syphiloïdes post-érosives de Jacquet et Se-
« vestre).

« B. — Les épidermites érythémato-squameuses du cuir che-

« velu, des plis du cou et de la face, tachetées d'ordinaire de
« croutelles d'impétigo et d'érosions, surtout d'érosions rétro-
« auriculaires. Ce sont ces lésions que l'on appelle souvent
« eczéma séborrhéique, bien qu'il n'y ait pas de séborrhée et
« que l'eczéma soit inconstant... »

M. Sabouraud attribue également une importance primordiale à l'infection cutanée. Il considère les érythèmes infantiles comme des impétigos: « Il semble que ce soit un impétigo abortif, déformé de la région, par conséquent, une des lésions superficielles et peu reconnaissables que créent les cocci pyogènes dans un assez grand nombre de cas. »

Cette interprétation, combattue par M. Ferrand, est admise par MM. Brocq et Darier.

Enfin, récemment a été soulevée la question de l'origine parasitaire, dermato-mycosique, d'un bon nombre de ces éruptions. Cet intertrigo mycosique du nourrisson décrit par MM. Dubreuilh et Joulia (Société Française de Dermatologie, réunion de Bordeaux, 17 mai 1921) siège surtout dans les plis inguino-cruraux d'où il s'étend et se généralise. La plaque érythémateuse est foncée, à bords festonnés, marqués par une collerette de desquamation mince, blanche et comme macérée. L'examen microscopique des squames montre la présence de filaments mycéliens et de spores exogènes. Des ensemencements, sur le milieu de Sabouraud, donnent une culture de levure.

Malgré tout, M. Petges estime « qu'il ne faudrait pas englober ces dermites érythémateuses infantiles dans le cadre des affections classées, impétigo, intertrigo. Qu'elles soient d'ordre infectueux, microbien ou mycosique parfois, c'est possible et vraisemblable, mais l'infection a ici une allure très spéciale, fonction de causes secondes, de conditions d'existence des nourrissons; il en résulte un syndrome bien caractérisé, que l'on peut placer sur le même plan et au voisinage de celles-là, mais en lui laissant son autonomie, sans oublier le rôle du terrain. »

Etude bactériologique des lésions cutanées

CONDITIONS DES RECHERCHES

Ces différentes données, pour intéressantes qu'elles soient, ne fournissent aucune solution définitive au problème étiologique et bactériologique des dermites infantiles.

Les études bactériologiques de M. H. et Mme J. Montlaur, apportent dans cette vaste question des éléments nouveaux et précis.

C'est au laboratoire Charrin (Maternité de Port-Royal) qu'au cours des années 1930-1931, H. et J. Montlaur ont entrepris l'étude bactériologique systématique des lésions cutanées répondant à l'un des types que nous avons décrits.

Les enfants examinés venaient d'une part des salles du service de M. Rudaux, d'autre part de la consultation de nourrissons (consultation de prophylaxie des maladies héréditaires). Ainsi, chez les nouveau-nés du service, l'observation a permis d'assister à l'éclosion de l'affection cutanée, puis d'en suivre, au jour le jour, les différentes étapes; chez les enfants de la consultation les examens ont décelé des dermatoses plus évoluées.

L'expérimentation a porté sur 155 enfants :

93 enfants sains,

62 enfants porteurs de dermatoses,

EXAMENS DES SQUAMES

Les squames ont été prélevées au niveau des lésions cutanées; sans antiseptie préalable de la peau, et récoltées au moyen de brosses à dents stérilisées, dans des boîtes de Pétri stériles.

Pour chaque segment intéressé (siège, abdomen, membres inférieurs) un prélèvement particulier a été fait : une brosse et une boîte ne servant que pour une seule région.

1° *Technique*. — Etant donné la place si grande que le streptocoque occupe dans l'étiologie de nombreuses dermatoses, les premières recherches ont été faites en vue de déceler ce germe, de l'identifier et d'en préciser les caractères.

Cultures : Les squames ont étéensemencées en bouillon sérum anaérobie et en pipette profonde selon la technique de M. Sabouraud.

Après 18, 24, 48 heures de séjour à l'étuve à 38°, les cultures obtenues ont été examinées. D'emblée elles se sont montrées abondantes : constituées par des cocci en chaînes, des diplocoques encapsulés ou non, avec quelques amas, toutes formes à Gram positif. La prédominance très nette des chaînes dans toutes les préparations semblait confirmer l'hypothèse de la nature streptococcique du germe en cause. Cependant la vitalité et l'exubérance des cultures laissaient quelque incertitude à cet égard.

Identification des cultures : Et, en effet, les ensemencements des premières souches sur les milieux de différenciation de cultures : indol, lait, petit lait tournesolé, amidon, rouge neutre sous acétate de plomb, le passage sur les différents sucres identifiaient, non un streptocoque, mais un entérocoque. Ce fait d'ailleurs était définitivement et infailliblement confirmé par les cultures, selon la méthode de Weisenbach sur milieu de Truch bilié, milieu pratiquement électif — nous y reviendrons — pour l'entérocoque.

M. Gory, de l'Institut Pasteur, a eu l'extrême obligeance de contrôler ces recherches et d'identifier ces cultures. Il a également conclu à la nature entérococcique des germes.

2° *Technique*. — Dès lors, toutes les recherches ont été orientées vers l'entérocoque et les ensemencements de squames ont été faits sur milieu de Truch bilié (eau peptonée glucosée à la bile) en pipette profonde. Invariablement, après 18, 24 heures de séjour à l'étuve les cultures se sont montrées exubérantes, protéiformes : cocci en amas, diplocoques encapsulés.

sulés ou non, chaînes à Gram positif, caractéristiques de l'entérocoque dans les cultures jeunes en milieux liquides.

Nous allons rapidement indiquer les caractères morphologiques et culturels de ce microbe.

ENTÉROCOQUE

Aspect morphologique. — L'entérocoque se présente sous des formes tout à fait diverses. La dénomination de « protéiformis » que lui a donnée Thiercelin indique qu'à côté d'une forme type il peut présenter de nombreux aspects.

En général, il prend l'aspect d'un diplocoque à grains arrondis ou allongés, quelquefois entourés d'une fine auréole. Il n'est pas rare d'observer que les grains des diplocoques sont de taille inégale et de formes distinctes. Ces diplocoques sont, ou isolés, ou disposés en chaînettes plus ou moins longues, parfois groupés en amas.

Dans les milieux pauvres ou dans les cultures anciennes, on voit apparaître les *formes dites d'involution* d'aspects si variés : cocci volumineux, formes bacillaires, chaînettes formées de cocci de taille variable dont certains ne prennent plus le Gram, assez fréquemment longs filaments formés par une gaine en certains points vide, remplie en d'autres points par des grains de volume variable, parfois longs filaments en voie de segmentation.

Un caractère est commun à ces diplocoques d'aspect si divers : ils prennent tous le Gram.

Cultures. — Anaérobie facultatif il pousse même sur les milieux peu nutritifs, donnant des cultures abondantes d'odeur fécaloïde.

A. — Sur les milieux ordinaires.

1. *Sur bouillon ordinaire.* — Très rapidement, il se produit un trouble uniforme qui s'accroît pendant les deux ou trois premiers jours, puis s'éclaircit, ne laissant persister qu'un dépôt blanc qui s'élève en tire-bouchon, sans se désagréger, lorsqu'on agite le tube. C'est là un bon signe de différenciation.

2. *Sur bouillon glucosé.* — La pousse a la même rapidité qu'en bouillon ordinaire, mais elle est plus abondante.

3. *Sur gélose ordinaire.* — Il se forme en 24 heures de petites colonies arrondies, d'abord transparentes, devenant opalescentes puis opaques les jours suivants. Leur surface est unie et brillante, de coloration bleutée.

4. *Sur gélose au plomb.* — L'entérocoque pousse, mais ne la noircit pas (Tricoire).

5. *Sur gélose profonde.* — La culture se fait bien.

6. *Sur eau peptonée simple.* — L'entérocoque pousse et c'est là un caractère intéressant qui prouve combien facilement l'entéro se développe.

Thiercelin l'a d'ailleurs fait pousser dans l'eau ordinaire non distillée. Hauduroy a obtenu le même résultat en ensemençant un germe sur l'eau chlorurée sodique à très faible concentration.

7. *Sur gélatine.* — L'entérocoque pousse sans la liquéfier. C'est là un des caractères essentiels de différenciation avec le staphylocoque; cependant Hauduroy a décrit une forme d'entérocoque: « *Enterococcus proteiformis liquefaciens* » qui liquéfie la gélatine entre le troisième et le septième jour après l'ensemencement.

8. *Sur le lait.* — Le milieu est coagulé de façon constante (Hauduroy). Cette coagulation, qui apparaît entre 24 heures et 5 jours, se fait, soit en masse, soit avec rétraction latérale du caillot.

9. *Le lait tournesolé.* — Vire au rouge.

10. *Sur pomme de terre.* — Le développement est faible et le microbe ne donne pas de colonies chromogènes.

11. *Dans les milieux au rouge neutre.* — L'entérocoque pousse sans production de gaz, ni de fluorescence (Tricoire).

12. *Action de la bile sur les cultures.* — La bile ne dissout pas les cultures d'entérocoques: c'est là un caractère important.

B. — Cultures sur les milieux au sang.

1. *En bouillon au sang citraté frais.* — On ne constate aucune hémolyse. Il se forme un culot d'hématies à la partie in-

férieure du tube et le bouillon, troublé par une pousse très abondante du microbe, garde sa coloration ordinaire.

2. *Sur gélose au sang.* — En boîtes de Pétri; il n'y a pas d'hémoglobinolyse.

3. Les expériences précises d'Hauduroy ont démontré que l'entérocoque augmente la coagulabilité du plasma oxalaté (formation d'entérocoagulase).

C. — Cultures sur milieux biliés.

L'entérocoque pousse, nous l'avons déjà signalé, sur milieu de Truch bilié, véritable milieu d'épreuve préconisé par Weissenbach. En voici la composition:

Peptone de Chopotaut	4 gr.
NaCl	0,50
Glucose	0,20
Eau	100 cm ³

Alcaliniser légèrement et ajouter 10 grammes pour 100 de bile de bœuf préalablement précipitée par chauffage à l'autoclave à 120° pendant 15 minutes et filtrée sur papier Chardin. Weissenbach insiste sur la nécessité, pour assurer la valeur des résultats, d'utiliser la bile de bœuf (contenant après précipitation 107 gr. d'extrait sec par litre).

Ces conditions étant remplies, on sème l'entérocoque en milieu de Truch bilié, tout en ayant soin de contrôler la vitalité du germe par un ensemencement témoin sur eau peptonée glucosée sans bile. En 18-24 heures, l'entérocoque donne une culture abondante qui trouble les deux milieux. Le streptocoque au contraire ne trouble que l'eau peptonée glucosée sans bile. Nous attachons une grande valeur à cette épreuve, tout en nous rappelant que « comme tout procédé « basé sur la constatation d'un caractère de culture, il ne « saurait permettre à lui seul une identification valable; mais « ces résultats constituent dans la pratique courante un des « meilleurs éléments de diagnostic. » (Weissenbach, Communication à la Société de Biologie, 1918).

D. — *Cultures sur milieux sucrés.*

L'action fermentative de l'entérocoque sur les sucres a été étudiée et exposée par Tricoire : action constante sur tous les sucres, mais à des degrés différents : le glucose, le maltose, le galactose, le lévulose et le lactose sont fortement attaqués : le virage au rouge est net au bout de 24 heures ; le saccharose, la mannite, le xylose, la sorbite et surtout l'inuline sont très faiblement attaqués.

E. — *Vitalité de l'entérocoque.*

De tous les caractères de l'entérocoque, il en est un qui mérite une place à part — mais qui, malheureusement, n'a qu'une valeur rétrospective pour le diagnostic — c'est l'extrême vitalité du germe et sa résistance remarquable.

Ces propriétés se manifestent :

1. Par sa grande facilité de croissance ;
2. Sa résistance à l'action du temps (conservation des cultures sans précaution spéciale pendant des mois) ;
3. Résistance à la chaleur, aux agents physiques et chimiques, aux antiseptiques.

Il faut le chauffer à 80° en milieu humide pendant cinq minutes pour le tuer.

*
**

Ainsi, tous les examens bactériologiques et les cultures de squames des enfants atteints de dermites permettent d'identifier d'une façon *constante* l'entérocoque.

Il existe donc, au niveau des lésions cutanées, une espèce microbienne qui est un entérocoque.

Quelle importance peut-on attribuer à ce fait ?

Depuis Thiercelin, qui, en 1899, isolait l'entérocoque, on considérait ce germe, hôte habituel de l'intestin, comme un saprophyte banal. Or, mieux connu aujourd'hui, on sait qu'il peut, sous l'effet de circonstances diverses, devenir pathogène. Des publications récentes le considèrent — seul ou associé — comme le facteur responsable de nombreuses infections (gas-

tro-entérites et choléra infantiles, affections digestives, hépatiques) (Gilbert, Lipmann, Sacquepée), affections broncho-pulmonaires (Rosenthal, S. I. de Jong), méningites (Diriart, Laurent), rhumatismes (Apert-Achard), septicémies et endocardites (Trastour, Hudelo, Goiffon, Massias).

Pouvait-on soupçonner une relation entre cette notion de virulence et la présence constante d'entérocoques au niveau des lésions cutanées? Et pouvait-on penser que les dermites fessières des premiers mois de la vie sont des dermo-épidermites à entérocoques? Il était difficile de s'arrêter à cette conception facile et séduisante, mais sans doute prématurée.

Recherches de l'entérocoque sur l'épiderme des nourrissons sains

Ces notions nous incitaient à poursuivre plus loin les recherches. Tout d'abord, dans un but de contrôle, nous avons recherché l'entérocoque sur la peau des nourrissons sains.

Des squames épidermiques ont été recueillies chez 88 enfants âgés de 2 jours à 30 mois, et n'ayant présenté aucune manifestation cutanée.

Prélèvements et ensemencements, faits selon la technique habituelle, ont décelé l'entérocoque, à partir du troisième jour qui suit la naissance, 79 fois sur 88.

Donc, l'entérocoque, régulièrement isolé des lésions cutanées chez les nourrissons porteurs de dermites, existe normalement sur la peau des nourrissons sains.

Dès lors, le problème se présentait sous un tout autre angle: l'entérocoque saprophyte habituel de la peau, peut-il acquérir un pouvoir pathogène, et, dans ce cas, quels sont les facteurs déterminant ce réveil de virulence?

Les recherches, dans ce but, devaient prendre une orientation nouvelle.

Etude des selles

TROUBLES DIGESTIFS

L'examen complet et attentif des nourrissons atteints de dermo-épidermite permet de constater, avec une extrême fréquence, l'existence de troubles digestifs. Ceux-ci précèdent toujours l'éclosion de la dermatose, puis accompagnent son évolution. Ils se caractérisent essentiellement par des modifications objectives des selles ; dans quelques cas rares, ils n'ont été décelés que par l'examen chimique.

Suivant les travaux de M. le Professeur Marfan, on peut classer les troubles digestifs de la manière suivante :

1. Diarrhée commune avec selles muco-grumeleuses ou selles liquides et glaireuses, en général tenace, résistant aux changements de régime. Nous l'avons observée chez :

23 enfants au sein ;

8 enfants à l'allaitement mixte ;

5 enfants au biberon.

2. Constipation chez 2 enfants au sein.

3. Selles mastic (dyspepsie du lait de vache), chez 4 enfants à l'allaitement artificiel.

ETUDE BACTÉRIOLOGIQUE DES SELLES

La fréquence de ces troubles digestifs imposait, corrélativement, l'étude bactériologique des selles. Nous ne désirons pas reprendre l'étude complète de leur flore microbienne, vaste étude qui a fait l'objet de nombreux et intéressants travaux, parmi lesquels il convient de citer ceux d'Escherich et de H. Tissier.

L'entérocoque, isolé des squames épidermiques, attirait plus particulièrement notre attention, aussi, à l'exclusion des autres microbes, nous n'avons envisagé que l'évolution de l'entérocoque et du colibacille.

Les selles ont été recueillies, aussi rapidement que possible après leur émission, dans une boîte de Pétri stérile, afin qu'elles n'aient pas le temps de s'imbiber d'urine, ni de se dessécher. Les examens systématiques ont été poursuivis de deux en deux jours. Chaque examen a comporté :

— Un examen direct, après étalement sur lame et coloration par la méthode de Gram, permettant l'étude de la flore bleue (entérocoque) et de la flore rouge (type coli).

— Un ensemencement, en milieu de Truch bilié anaérobie.

Ces deux recherches se complétaient mutuellement, puisque les travaux de Goiffon ont appris que « ...la plupart des germes qui ont vécu, se sont développés et ont joué un rôle dans l'intestin, sont morts et les selles ne contiennent plus que leurs cadavres. Un ensemencement ne peut révéler que ceux des microbes qui vivent encore dans les fèces au moment de la défécation. »

a) Nourrissons atteints de dermite.

Quel que soit le mode d'alimentation, l'étude de la flore microbienne des selles permet d'aboutir aux données qui suivent.

A l'examen direct, on constate la prédominance de la flore bleue presque uniquement représentée par l'entérocoque et parfois par lui seul.

Les cultures se montrent constituées par deux variétés de germes, l'entérocoque et un bacille à Gram négatif du type coli ; le premier constitue la majeure partie de la culture, ce qui permet de conclure que l'entérocoque, malgré son séjour dans le gros intestin, reste encore vivant et abondant.

b) Enfants sains.

Il nous a paru intéressant de faire les mêmes recherches chez des enfants sains allaités par leur mère.

Les examens de selles prélevées chaque jour depuis la douzième heure après la naissance jusqu'au treizième jour ont donné les résultats suivants identiques dans les cinq cas étudiés.

A l'examen direct, la flore bleue (entérocoque) semble prédominante, tandis qu'en culture la flore rouge (type coli) est nettement plus abondante.

ETUDE CHIMIQUE DES SELLES

Ces constatations bactériologiques conduisaient logiquement à l'étude parallèle du chimisme intestinal des nourrissons atteints de dermo-épidermites. Ces recherches — entreprises avec la collaboration de Mlle S. Coutière — se sont inspirées des travaux de MM. Debré, Goiffon et Rochefette, dont les techniques et les méthodes ont été adoptées.

L'observation a porté sur 118 selles de nourrissons, élevés tant à l'allaitement maternel ou mixte, qu'à l'allaitement artificiel.

Successivement, les réactions au tournesol, celles des peroxydases, la recherche des pigments biliaires, de la stercobiline, le collage à la soude, le dosage de l'ammoniaque ont été étudiés. Mais c'est essentiellement le dosage des acides organiques qui a attiré l'attention.

Les résultats acquis furent l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine : « Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. » M. H. Montlaur et Mlle S. Coutière (séance du 15 juillet 1930). Tous les examens faits depuis, les ont régulièrement confirmés.

Leur confrontation — avec les renseignements donnés par l'étude des selles d'enfants normaux — a permis, de même que pour l'examen bactériologique, un essai d'interprétation physiopathologique.

La réaction au tournesol.

Il est généralement admis que la selle normale de l'enfant au sein est acide et celle de l'enfant au biberon, alcaline. Au cours de l'évolution de la dermatose, la réaction est des plus variables quel que soit le mode d'alimentation. Le plus habituellement acide chez les nourrissons au sein, elle présente cepen-

dant des variations et tend à se montrer tantôt neutre, tantôt alcaline. Dans l'allaitement artificiel elle est, comme normalement, alcaline de façon régulière.

La réaction des peroxydases, dans tous les cas, est toujours positive à des degrés différents.

La recherche des pigments biliaires, par la réaction au sublimé et la méthode au perchlorure de fer de Grigaut montre, normalement, la présence très fréquente de bilirubine, quel que soit l'allaitement. La stercobiline fait le plus habituellement défaut dans l'allaitement au sein, alors qu'elle est plus fréquente chez le nourrisson au biberon.

Les résultats sont analogues chez les enfants porteurs de lésions cutanées. Pourtant, dans certains cas, les réactions sont négatives, témoignant alors d'une acholie pigmentaire.

Le collage à la soude, caractéristique des sels alcalino-terreux (Goiffon) ne donne lieu au cours des dermatoses qui nous occupent, à aucune réaction particulière. Comme chez les enfants sains il répond exactement au mode d'allaitement : toujours positif dans l'allaitement artificiel, il se montre faiblement positif dans l'allaitement mixte et toujours négatif chez l'enfant au sein.

Le dosage de l'ammoniaque donne chez les enfants normaux et chez les enfants porteurs d'érythème des chiffres assez réguliers. Cependant il est difficile d'en tirer une conclusion pratique : l'ammoniaque étant un produit très volatil, et le contact des selles et des urines pouvant engendrer des erreurs.

Par contre, *le dosage des acides organiques totaux* fournit des renseignements de premier ordre (acides gras : lactique et succinique — et acides gras volatils : acétique, butyrique, valériannique, propylique).

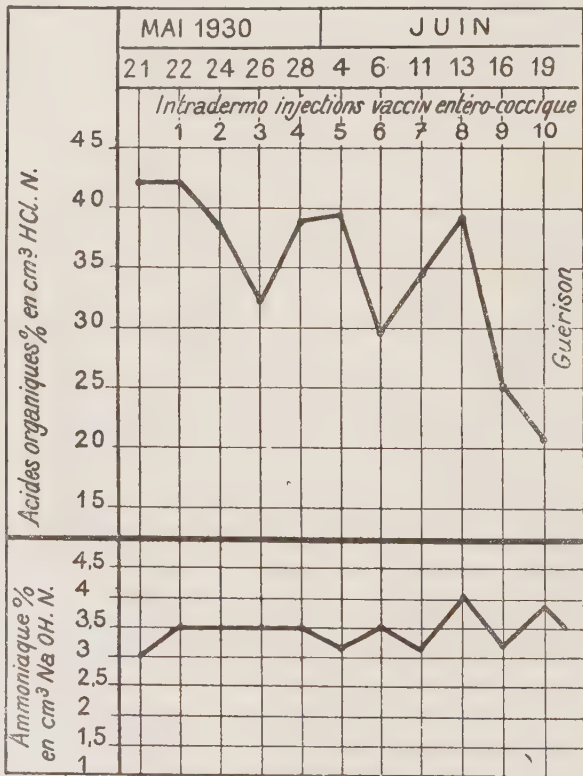
Chez le nourrisson sain, sans lésion cutanée, le dosage des acides organiques calculé en centimètres cubes d'HCl normal pour cent donne des chiffres voisins de 20, 25 cc.

Chez le nourrisson atteint de dermo-épidermite, cette étude décèle des particularités fort intéressantes.

a) *Allaitement maternel :*

Toutes les recherches sont concordantes pour déceler pendant la période d'invasion de la dermatose des taux élevés d'acides organiques: 35 à 48 cm³ %, exprimées en solution normale d'HCl.

Au cours de l'évolution de la maladie, les chiffres des acides subissent des oscillations importantes (30 à 40 cm³ d'HCl), mais restent toujours à un taux élevé, supérieur à la normale.



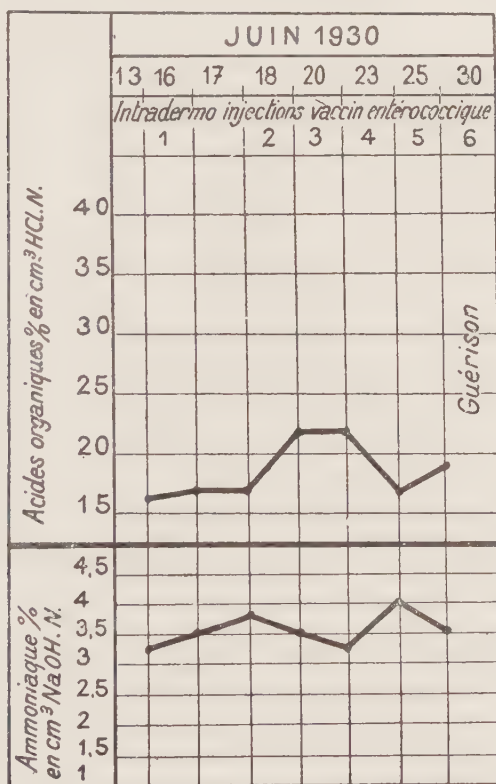
GRAPHIQUE I

L'amélioration des lésions cutanées, qui coïncide toujours avec une amélioration parallèle des modifications objectives des selles se marque par une véritable chute de la courbe des acides organiques (Graphique I).

Et, à la guérison, le chiffre des acides organiques se montre normal (20 cm^3), quelquefois même inférieur à la normale.

b) *Allaitement artificiel.*

Cette augmentation du taux des acides organiques fait défaut chez les enfants soumis à l'allaitement au biberon. Quel que soit le stade de l'affection, les chiffres trouvés sont presque toujours normaux. Leur fixité est remarquable et les oscillations notées sont si minimales qu'il n'y a pas lieu d'en faire état (Graphique II).

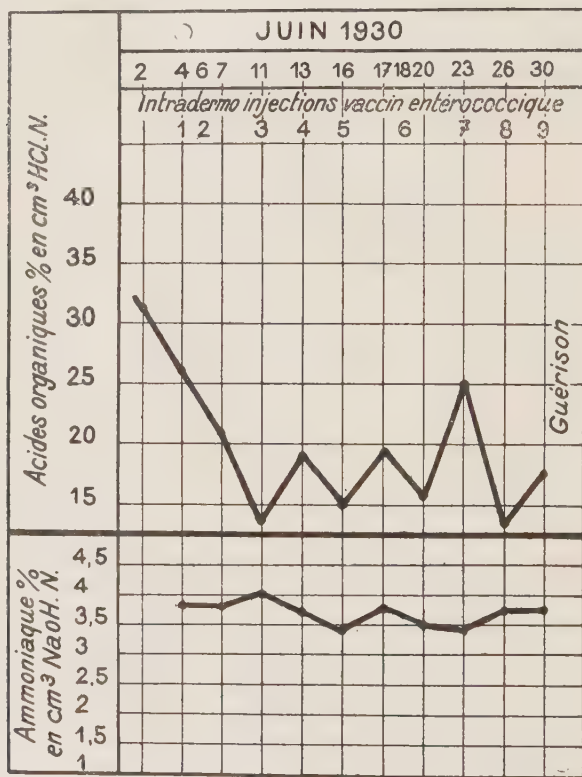


GRAPHIQUE II

La plus faible teneur en lactose et la présence de sels alcalino-terreux dans le lait de vache suffit, peut-être, à expliquer la moindre abondance et la saturation des acides organiques.

c) *Allaitement mixte.*

Le taux des acides organiques est éminemment variable et la courbe s'inscrit entre celle que donnent les enfants nourris au sein et celle fournie par l'allaitement au biberon, se rapprochant cependant beaucoup plus de celle-là que de celle-ci (Graphique III).



GRAPHIQUE III

EXAMEN MICROSCOPIQUE DES SELLES

Cet examen est venu compléter les résultats acquis.

L'étude de la flore iodophile, fournit une indication qui semble paradoxale. Chez le nourrisson au sein, atteint de dermite, cette flore n'a pu être mise en évidence dans aucun des examens coprologiques pendant toute la durée de la derma-

tose. C'est là un fait important, puisque la flore iodophile se rencontre régulièrement chez l'enfant normal.

Dans l'allaitement artificiel, elle fait défaut dans la plupart des cas et si nous l'avons observée, ce n'est que d'une façon inconstante.

Il en est de même au cours de l'allaitement mixte.

Les *graisses neutres* sont fréquentes, parfois même abondantes dans les selles de l'enfant au sein. Elles diminuent à la période de déclin de la dermatose.

Chez les enfants au biberon, elles font défaut dans toutes les observations.

La *présence de cristaux d'acides gras* ne semble influencée ni par l'alimentation, ni par l'évolution de la dermatose.

Enfin les *savons alcalino-terreux* n'ont jamais été observés.

*
**

Il nous a paru intéressant d'établir un parallèle entre l'évolution de l'entérocoque et le taux des acides organiques dans les selles des nourrissons sains et des nourrissons atteints de dermite fessière. Le résumé schématique de ces résultats dans deux observations typiques nous permettra de les mieux confronter :

*Parallèle entre l'évolution de l'entérocoque dans les selles
de nourrissons sains et de nourrissons eczémateux.*

Nourrissons sains

OBSERVATION I

(Obs. exp. n° 1). — L. B..., né le 12 novembre 1930 à 2 h. 30, première tétée le 13 novembre à 5 h. 30.

Premier prélèvement de méconium, 12 heures après la naissance:

Gram direct : pas de flore microbienne.

Culture : entérocoque, pas de type coli.

Deuxième prélèvement de méconium, 33 heures après la naissance:

Gram direct : entérocoque, pas de colibacille.

Culture : entérocoque, pas de type coli.

Troisième prélèvement, 53 heures après la naissance :

Gram direct : entérocoque abondant, pas de coli.

Culture : entérocoque et colibacilles abondants.

Quatrième prélèvement, 77 heures après la naissance :

Gram direct : entérocoque abondant et colibacille.

Culture : entérocoque peu abondant, colibacilles très abondants.

Cinquième prélèvement (5^e jour), 101 heures après la naissance :

Gram direct : entérocoque abondant et colibacille.

Culture : entérocoque *très peu abondant*, colibacille très abondant.

Des prélèvements effectués les 6^e, 7^e, 9^e, 10^e, 11^e, 12^e et 13^e jours, montrent les mêmes résultats : à l'examen direct, prédominance de la flore bleue (entérocoque); à la culture prédominance de la flore rouge (type coli).

Le dosage des acides organiques pratiqué dans les fèces à partir du 10^e jour donne des chiffres normaux, 18, 22, 23 centimètres cubes d'HCl normal.

L'enfant en bon état quitte la Maternité au 13^e jour.

Nourrissons eczémateux.

OBSERVATION II

(Obs. clinique XIV, obs. exp. XI). — Dom. Roger, né le 18 avril 1930, allaitement maternel.

Présente le 12^e jour un érythème fessier du type papuleux avec collerettes épidermiques de bordure, accompagné de diarrhée commune.

Premier examen des selles, 21 mai 1930 :

Gram direct : entérocoque très abondant, chaînes et formes d'involution, type coli rare.

Culture : entérocoque extrêmement abondant, type coli très rare.

Deuxième examen de selles, 24 mai 1930 :

Gram direct : entérocoque très abondant, pas de type coli.

Culture : entérocoque très abondant, type coli très rare.

Troisième prélèvement de selles, 26 mai 1930 :

Gram direct : entérocoque très abondant, pas de flore rouge.

Culture : entérocoque extrêmement abondant, type coli très rare.

Les prélèvements sont ainsi effectués de deux en deux jours et donnent des résultats analogues.

L'enfant est mis en traitement. Vers le 15 juin, on constate une

amélioration très notable de l'état cutané, qui se poursuit les jours suivants et aboutit à la guérison complète.

Parallèlement, les selles se modifient.

Selle du 15 juin :

Examen direct : flore bleue (entérocoque) beaucoup moins abondante; flore rouge (type coli) plus abondante.

Selle du 19 juin :

Gram direct : entérocoque peu abondant, la prédominance de la flore rouge s'accroît.

Culture : petites chaînes d'entérocoque rares, type coli abondant.

Les chiffres des acides organiques suivent fidèlement l'évolution de l'entérocoque.

Dans la selle du 21 mai : 43 centimètres cubes d'HCl.

Dans la selle du 19 juin : 23 centimètres cubes d'HCl, chiffre normal (voir graphique I).

Ces deux observations se complètent par celle d'un nouveau-né que nous avons eu la chance de suivre dès les premières heures après la naissance. Jusqu'au neuvième jour, l'évolution de la flore microbienne était normale. Vers le dixième jour, l'équilibre microbien était rompu par prolifération de l'entérocoque, le taux des acides organiques s'élevait et nous avons pu assister à l'apparition d'une lésion du siège du type de la dermite infantile simple de Jacquet.

OBSERVATION III

(Obs. exp. n° 2). — A... François, né le 12 novembre, à 7 h. 30. Première tétée le 13 novembre à 11 h. 30.

Premier prélèvement de méconium 4 h. 30 après la naissance :

Gram direct : pas de flore microbienne.

Culture : entérocoque et bacille, type coli abondant.

Deuxième prélèvement de méconium, 24 heures après la naissance :

Gram direct : entérocoque, pas de type coli.

Culture : entérocoque et colibacille.

Troisième prélèvement, 48 heures après la naissance :

Gram direct : entérocoque, pas de type coli.

Culture : entérocoque et type coli très abondant.

Quatrième prélèvement, au troisième jour :

Gram direct : entérocoque très abondant, type coli rare.

Culture : entérocoque rare, type coli très abondant.

Les prélèvements effectués les cinquième, sixième, septième, huitième jours sont identiques :

Gram direct : prédominance de la flore bleue (entérocoque).

Culture : prédominance de la flore rouge (type coli).

Le dixième jour : *Gram direct* et culture montrent de l'entérocoque en abondance.

Le onzième jour, la culture donne les mêmes résultats.

Le dosage des acides organiques dans les fèces donne les chiffres suivants :

Le 9^e jour 20 centimètres cubes d'HCl.

Le 10^e jour 25 — — —

Le 11^e jour 35 — — —

Le dixième jour, l'enfant présente une lésion du siège du type de la dermite infantile simple de Jacquet.

Nous attribuons une très grande valeur à cette dernière observation : elle nous a permis, en effet, de saisir à leur début trois ordres de faits qui nous paraissent essentiels :

1. *la rupture de l'équilibre microbien dans les selles par pullulation de l'entérocoque*;

2. *l'exagération du processus normal de fermentation (augmentation du taux des acides organiques)*;

3. *l'apparition de la dermatose.*

En résumé, toutes ces recherches permettent d'avancer que :

1° *Dans les squames des lésions épidermiques, il existe un germe identifié comme entérocoque.*

2° *Dans les selles des mêmes nourrissons, il existe une rupture de l'équilibre microbien : l'entérocoque est nettement prédominant aussi bien à l'examen direct qu'après ensemencement.*

3° *Cette pullulation de l'entérocoque coïncide toujours avec une exagération du processus normal de fermentation se traduisant par un taux élevé des acides organiques.*

Recherches biologiques

Malgré la minutie apportée à tous ces travaux, nous pouvions nous demander encore :

1° Si le microbe isolé n'était pas un streptocoque: ces deux germes sont morphologiquement très voisins, et l'on sait la place considérable que le streptocoque occupe dans l'étiologie d'un grand nombre de dermatoses.

2° Si le microbe isolé était bien un entérocoque.

Seules, des recherches d'ordre biologique ont permis d'élucider ces points essentiels. Confirmant les constatations bactériologiques, elles leur donnent une valeur indiscutable.

Les travaux de MM. Hudelo, Chêne et Sigwald ont montré que l'intradermo-réaction aux vaccins antistaphylococciques et streptococciques donne des résultats positifs, en série, dans les infections cutanées dues à ces germes. Cette expérience, à laquelle les auteurs attachent la valeur d'un véritable test, permet, quand elle est positive, un diagnostic sûr de dermo-épidermite microbienne.

Dans un but de contrôle scientifique, H. et J. Montlaur, s'appuyant sur ces recherches, ont pratiqué toute une série d'intradermo-réactions, tant au vaccin anti-streptococcique, qu'à un vaccin anti-entérococcique.

INTRADERMO-RÉACTIONS AU VACCIN ANTI-STREPTOCOCCIQUE

Des intradermo-réactions au vaccin anti-streptococcique de l'Institut Pasteur, renfermant 4 milliards de germes par centimètre cube, ont été pratiquées chez 32 enfants atteints de dermite. L'intradermo-injection, faite en peau saine, compor-

tait une petite goutte de vaccin (soit environ 40 millions de corps microbiens).

L'observation a été poursuivie pendant trois jours.

Dans deux cas, l'intradermo-réaction a été faiblement positive et éphémère : petite papule de la dimension d'une tête d'épingle disparaissant en 48 heures (1).

Dans tous les autres cas, la réaction fut négative.

INTRADERMO-RÉACTIONS AU VACCIN ANTI-ENTÉROCOCCIQUE

Préparation du vaccin. — Pour étudier les intradermo-réactions à l'entérocoque que M. Ch. Gernez, de Lille, a le premier appliquées à la clinique, un vaccin a été préparé.

Il est souvent difficile d'obtenir une culture pure d'entérocoque, même partant de squames épidermiques. Pour l'isoler du bacille à Gram négatif, type coli, qui l'accompagne le plus souvent, on fait, avec une culture en milieu liquide, des repiquages successifs sur boîtes de Pétri ou mieux en gélose de Veillon.

Le vaccin a été préparé selon la technique de MM. Ranque et Senéz : suspension de corps microbiens dans l'eau physiologique stérile, atténuation par la solution d'iode pendant trente minutes puis neutralisation de l'excès d'iode par l'hyposulfite de soude.

Le vaccin se présente donc sous la forme la plus simple : corps microbiens en suspension, sans lysat ni anatoxine.

Au début, la préparation contenait 5 milliards de germes par centimètre cube. Tous les tests entérococciques n'ont pas été pratiqués avec ce premier vaccin ; selon les moments, nous en avons varié la concentration.

Les nourrissons soumis aux intradermo-réactions présentaient tous un des types de la dermite infantile de Jacquet (érythème intertrigo le plus souvent). Les résultats furent tantôt positifs, tantôt négatifs.

(1) Ces résultats positifs éphémères ne peuvent même pas être pris en considération, car on sait actuellement que les matières albuminoïdes contenues dans les vaccins sont susceptibles de déterminer une petite réaction locale de *courte durée*.

Mais dans un grand nombre de cas, un fait nouveau surgissait qui, d'emblée, parut de grande importance : l'apparition, à la suite des intradermo-réactions au vaccin anti-entérococcique, à distance du foyer initial, d'une modalité éruptive de type différent : les eczématides.

La constatation de ce phénomène biologique, véritable phénomène de sensibilisation, rappelait en tous points les faits d'acquisition récente mis particulièrement en lumière par les travaux de MM. Bruno-Bloch et Ravaut : *apparition d'une réaction seconde de type éruptif différent de la lésion initiale sous l'influence d'un antigène spécifique isolé de la lésion primitive.*

De plus, les intradermo-réactions ont apporté des modifications variables mais évidentes à l'affection cutanée : résultats inattendus, mais dignes d'intérêt, dont la répétition régulière amena H. et J. Montlaur à une tentative de traitement des dermites et eczémas des nourrissons, par vaccination intradermiques, à l'exclusion de tout traitement local.

Ainsi, la biologie s'ajoutant à toute une série de recherches, confirmait pleinement le rôle de l'entérocoque dans la genèse des dermites infantiles.

En outre, elle montrait que les réactions cutanées qui apparaissent spontanément chez les malades atteints de dermites sont bien sous la dépendance de ces dermites.

DEUXIÈME PARTIE

Réactions secondes

CHAPITRE PREMIER

Phénomènes de sensibilisation

C'est à étudier le *problème de la sensibilisation*, ou tout au moins à le serrer de plus près, qu'ont été consacrées, depuis quelques années, toute une série de recherches. Elles ont déjà conduit à des résultats du plus haut intérêt théorique et pratique.

Il faut donc en donner un aperçu succinct.

Nous ne ferons que citer la découverte de l'anaphylaxie par Richet (1902),—« pivot autour duquel évoluent les conceptions modernes sur la sensibilité et la sensibilisation » — et les beaux travaux de Von Pirquet (1906), sur les phénomènes d'allergie. Cette notion d'allergie, qui, d'après son auteur, témoigne des modifications de la réactivité de l'organisme, n'a fait que gagner en importance depuis 25 ans.

Puis la connaissance de tests humoraux a permis, sous le couvert d'une même pathogénie, de grouper des affections polymorphes que l'on rattache maintenant à des « phénomènes de sensibilisation ou d'allergie ».

Les travaux de Petges sur les épidermomycoses, de Bruno-Bloch et Jadassohn sur les trichophytides, de Jausion sur les pyocoques, puis de Ravaut et Rabeau sur les lévirides ont essentiellement contribué à ces acquisitions.

C'est, en effet, Bruno-Bloch et Jadassohn qui montrèrent que les trichophytides — éruptions secondaires — se produisant sur les porteurs de trichophyties, étaient un phénomène de sensibilisation, une lésion d'origine toxique (on ne retrouve pas le parasite à leur niveau) subordonnée à la présence de

l'épidermomycose primitive. Ils ont mis en évidence cet état d'allergie par les réactions à la trichophytine. Chez les sujets injectés, cuti ou intradermo-réactions à cette substance se traduisent au bout de 12, 24 heures, par une papule érythémateuse, accompagnée d'une réaction de foyers, d'éruption de « trichophytides », quelquefois même de symptômes généraux.

Dans des recherches superposables, M. Ravaut et ses élèves Rabeau et Longhin s'attachaient à déterminer certaines manifestations allergiques. L'étude de malades atteints d'intertrigos à levures leur permettait de démontrer — grâce aux intradermo-réactions à la levurine — le rôle pathogène, jusqu'alors discuté, de ces parasites.

Les eczématides observées chez les patients porteurs d'intertrigos à levures sont considérées par ces auteurs comme des réactions de sensibilisation en rapport avec la lésion initiale.

L'injection intradermique de *levurine* détermine chez ces malades, en pleine allergie, *une réaction focale* portant sur les lésions primitives. Chez des sujets déjà soumis aux intradermo-injections de levurine, elle détermine également une réactivation des anciens foyers, et aussi, fait capital, l'apparition, *à distance du foyer initial*, de nouveaux éléments (du type éruptif des eczématides) dénommés par M. Ravaut et son école des *levurides*.

Plus tard, poursuivant leurs recherches, les mêmes auteurs démontraient l'existence de lésions secondes à type de parakératoses ou d'eczématides d'origine allergique, chez des malades atteints de dermite streptococcique rétro-auriculaire, prouvant ainsi que la même réaction toxinienne peut dériver de parasites divers.

En résumé, toutes ces recherches nous ont appris que l'organisme, sous l'influence d'un antigène déterminé, se transforme, « se sensibilise » et qu'il traduit sa sensibilisation suivant une modalité éruptive différente de la lésion initiale: manifestations secondes, eczématoïdes d'origine allergique. Ce qui confirme leur origine toxinique, c'est la possibilité de les reproduire expérimentalement par l'emploi d'un antigène déterminé.

L'étude des dermites infantiles nous a révélé des phénomènes semblables. Des enfants porteurs de dermites, quelle qu'en soit la variété clinique, présentent spontanément ou sous l'influence d'intradermo-injections de vaccin anti-entérococcique, une réaction cutanée à distance du type eczématide.

CHAPITRE II

Réactions secondes - Description clinique

I. — ECZÉMATIDES

Chez un nourrisson de quelques semaines qui a présenté des troubles digestifs légers : habituellement diarrhée avec selles liquides ou glaireuses, on voit s'organiser un érythème du siège tenace, rapidement extensif, le plus souvent du type d'érythème intertrigo.

Au bout de quelques jours, soit spontanément, soit comme nous le verrons, sous l'influence du début du traitement, on trouve de nouveaux éléments éruptifs.

Ce sont de larges taches érythémato-squameuses qui s'étendent et forment parfois de vastes nappes rouges, non suintantes, recouvertes de squames grasses ou sèches à contours nets. Cette altération se rattache aux séborrhéides ou eczématides de Darier, à la parakératose psoriasiforme de Brocq.

Elles apparaissent à la limite de l'érythème et occupent, presque électivement, la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs. Elles envahissent en effet la région thoracique antéro-supérieure et postérieure, la ceinture scapulaire, les aisselles. Il existe toujours entre les placards des intervalles de peau saine.

Les membres supérieurs sont parsemés de ces éléments. Au pli du coude, par coalescence, ils forment une petite nappe.

La région cervicale est habituellement atteinte. On y rencontre deux sortes de lésions : placards érythémato-squameux avec squames sèches et intertrigo au niveau des plis.

A la face, le pourtour des orifices : lèvre supérieure et menton, est presque toujours indemne. L'examen attentif permet de déceler, au niveau des joues, du nez, des sillons naso-géniens, une éruption constituée par des éléments finement papulo-vésiculeux, légèrement suintants, ou par des placards érythémato-squameux secs.

La racine du nez et les régions sourcilières sont également recouvertes de squames grasses, épaisses, adhérentes, formant la « barre sourcilière ». Parfois ces squames envahissent le front et se continuent au niveau du cuir chevelu. Celui-ci, souvent érythémateux, est parsemé de larges placards de squames grasses, onctueuses, jaunâtres. Il est parfois envahi dans sa totalité, et ainsi se constitue la « calotte des nourrissons », ou croûte ou chapeau.

On observe toujours des lésions d'intertrigo au niveau des sillons rétro-auriculaires.

Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif présentent inconstamment des lésions squameuses sèches ou suintantes.

A ce stade, la dermatose revêt un type éruptif mixte qui comprend :

d'une part, au niveau de la moitié inférieure du corps, une dermite fessière type eczéma intertrigo des nouveau-nés;

d'autre part, au niveau de la moitié supérieure, les parakératoses.

L'affection continuant à évoluer, on voit les lésions du siège première en date — s'atténuer ; les collerettes de bordure disparaissent, l'érythème pâlit, l'épidermisation commence et la région reprend un aspect normal. Souvent l'intertrigo subsiste ou fait place aux eczématides. La dermatose à ce moment est caractérisée par un seul élément éruptif : le placard d'eczématides.

On se trouve alors en présence de la réaction cutanée dite « eczéma séborrhéique », et bien loin, semble-t-il, de la dermite du premier stade.

Les acquisitions biologiques récentes permettent de saisir la filiation entre l'éruption initiale, du type des érythèmes fessiers infantiles de Jacquet et Ferrand, et la seconde éruption

du type des eczématides de Darier. Celle-ci, plus tenace, peut subsister seule. Ses aspects sont essentiellement variés par le nombre et l'étendue des éléments : localisée le plus souvent, comme nous venons de le voir, et constituant l'eczéma séborrhéique, elle peut se généraliser et aboutir à la forme d'érythrodermie desquamative.

II. — L'ÉRYTHRODERMIE DESQUAMATIVE DIFFUSE.

MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS, OU DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE

Cette affection, qui ne paraît pas être une entité morbide, est considérée par les dermatologistes (Darier) comme une « eczématide » liée à une dystrophie cutanée. En effet, elle ne s'installe jamais d'emblée, et se présente comme une complication sérieuse d'un érythème fessier banal, en particulier, érythème intertrigo.

Décrite simultanément par Karl Leiner (de Vienne) et Moussous (de Bordeaux), cette affection atteint les enfants dans les premières semaines de la vie (trois mois tout au plus). Il s'agit généralement d'enfants élevés au sein, et précédant les manifestations cutanées, on observe souvent des troubles digestifs légers.

La maladie débute alors par un érythème intertrigo du siège rouge vif, vernissé, rapidement extensif, envahissant les membres inférieurs, l'abdomen, les régions sacro-lombaires. Il est limité par un liséré net et festonné sur la peau saine; quelquefois de petites vésicules sèches apparaissent sur l'érythème, mais jamais celui-ci ne revêt la forme papulo-érosive.

En même temps, coexistent de l'intertrigo des aisselles et des plis du cou.

Au bout de quelques jours, on trouve, au niveau des sourcils et du cuir chevelu, la couche grasse de la calotte séborrhéique recouvrant une peau rouge, squameuse, un peu suintante. La face est le siège de petites séborrhéides; sur le dos et l'abdomen, aux confins de l'érythème, on voit apparaître des médailles de parakératose psoriasiforme de Brocq.

Alors, sans cause apparente, l'érythrodermie desquamative, franchement caractérisée, se constitue.

Les parakératoses du tronc, du thorax, des membres supérieurs, se développent excentriquement et se fusionnent en une nappe plus ou moins étendue. L'érythème envahit la plus grande partie des téguments, laissant à peine quelques réserves de peau saine.

L'aspect de l'enfant est typique : la rougeur a son maximum d'intensité au niveau de la région sous-ombilicale et des membres inférieurs; la coloration est quelquefois moins vive sur la moitié supérieure du corps. Le pourtour des lèvres est érythémateux et souvent le siège de fissures radiées.

Au moment où l'érythrodermie atteint son maximum d'intensité, la desquamation apparaît. La peau devient sèche, elle se fendille, puis se détache. Cette exfoliation varie d'intensité et d'aspect suivant les régions. A la face, elle est fine, nettement furfuracée. Au niveau des membres, au contraire, l'épiderme se soulève en larges lambeaux que l'on détache facilement. La région abdominale et le thorax présentent des squames particulièrement épaisses et abondantes, imbriquées, formant de larges écailles blanchâtres, sans cesse renouvelées qui remplissent les langes.

Sous les squames fraîchement détachées, le derme mis à nu apparaît rouge.

La palpation ne révèle aucun épaissement, aucune infiltration de la peau : souvent, elle permet de reconnaître la présence de petits ganglions inguinaux et axillaires.

Les muqueuses ne présentent aucune lésion spéciale. Par contre, témoignant de l'atteinte de tous les phanères, on constate des altérations diverses des ongles.

Enfin, l'absence de prurit pourrait expliquer la rareté des infections secondaires (pyodermites).

Si l'affection évolue favorablement, l'érythème pâlit en même temps que la desquamation devient plus fine et finit par disparaître définitivement en quelques semaines.

Cependant, l'enfant conserve un peu de séborrhée du cuir chevelu et de la face et une tendance à l'intertrigo.

Suivant les auteurs, *le pronostic* a été envisagé de façon très dissemblable. Pour Leiner, l'évolution serait le plus souvent fatale. MM. Comby, de Vaugiraud, Hallez pensent, au contraire, que le pronostic est généralement favorable. D'après la statistique d'Eliasberg, la mortalité s'étend à 11 morts sur 25 nourrissons. M. Hallez rapporte 2 morts sur 6 cas. M. Darricq qualifie cette affection de grave. M. le Pr. Marfan et son école confirment cette manière de voir. En fait, l'attaque totale des téguments rend l'enfant très vulnérable aux infections secondaires, et retentit assez sérieusement sur l'état général.

L'étiologie et la pathogénie de cette affection sont encore, pour certains auteurs, fort obscures; mais, si l'on veut bien considérer avec H. et J. Montlaur, le début de cette affection par le siège et surtout sa régression, sous l'influence d'un traitement vaccinal spécifique, on doit pouvoir rattacher cette dermatose aux dermites entérococciques et à leurs réactions secondaires, dont elle serait l'expression la plus évoluée.

En effet, l'observation de MM. Blechmann et Potelune (Observ. XXXI), nous permet d'assister, sous l'influence de la thérapeutique, partant de la période d'état (érythrodermie desquamative) à tous les stades régressifs jusqu'à l'érythème fessier initial.

Il faut dissocier cette affection de la dermite exfoliatrice des enfants à la mamelle, maladie décrite par Ritter, que la majorité des auteurs s'accorde pour ranger dans le cadre des dermatoses bulleuses à évolution maligne.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Déjà, l'observation clinique avait permis aux auteurs qui s'étaient occupés des dermites infantiles simples, de noter la coexistence de cette affection avec les réactions eczématiformes du type eczématides (ancien eczéma séborrhéique). Ils en pressentaient la liaison, sans en définir la nature. Ainsi, Jacquet dans l'article qu'il consacre aux dermites infantiles simples, dans la *Pratique Dermatologique*, écrivait :

« Ces lésions (érythème) peuvent coexister avec la calotte « sébacée de la tête. Sous cette calotte, diffusant autour d'elle « vers le front, les oreilles, les joues, on peut voir de la rougeur, des squames, du suintement, l'aspect de l'eczéma séborrhéique, en un mot. Mais il faut renoncer, pour le moment, à décider s'il y a coexistence de deux lésions, simple « modification de l'érythème par un terrain spécial, bref confesser son ignorance. »

Quelques années plus tard, Moussous et son élève Lebard insistèrent sur la coexistence fréquemment observée d'une dermite érythémateuse à caractères spéciaux, évoluant chez le nourrisson atteint en même temps d'eczéma séborrhéique de la face et du cuir chevelu. Ce parallélisme entre les deux affections érythémateuses et eczémateuses les frappent mais sans expliquer les liens qui peuvent les unir, ils les décrivent comme deux manifestations cutanées différentes, quoique très proches d'un même état général.

De son côté, M. Sabouraud remarque « que l'épidermite

« anale des enfants atteints d'entérite, peut être, quoique rarement, le point de départ d'un eczéma extensif. »

Pour M. le Professeur Marfan et son école, l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu s'observe souvent avec l'érythème intertrigo. Et M. le Professeur Nobécourt signale « l'apparition « de taches érythémateuses sur la face et le tronc, témoignant « de l'intervention d'un processus général ».

Enfin, la majorité des auteurs (MM. Marfan, Comby, Cassoute, Ribadeau-Dumas, Hallé, Blechmann et Hallez) s'accordent pour considérer que l'érythrodermie desquamative (type Leiner-Moussous) peut venir se surajouter à titre de complication secondaire sur un érythème fessier et plus particulièrement sur l'érythème intertrigo (faits de passage de M. Comby).

Les recherches bactériologiques, chimiques et biologiques que nous venons d'exposer permettent une interprétation nouvelle et fort intéressante des faits cliniques observés.

Elles ramènent à une étiologie commune des dermatoses (dermites infantiles et eczématides) dont la coexistence est généralement admise mais dont on n'avait pu définir le lien.

Enfin, elles éclairent le mécanisme, l'enchaînement des faits d'un jour nouveau.

Trois points semblent acquis, qui se dégagent de ces recherches :

- 1° L'origine microbienne des dermites infantiles.
- 2° Le déséquilibre microbien des selles avec exagération du processus normal de fermentation.
- 3° L'état de sensibilisation de l'organisme permettant l'éclosion des réactions secondes.

Pouvons-nous enchaîner ces faits et expliquer les rapports de deux manifestations cutanées (dermites et eczématides) dont la coexistence semble généralement admise ?

C'est ce que nous allons tenter de faire.

1. — ENCHAÎNEMENT DES FAITS

Précédant l'éclosion de l'affection cutanée, existent toujours des troubles digestifs, le plus souvent diarrhée avec exagération du processus normal de fermentation.

Ces troubles pourraient caractériser la phase que P. J. White considère comme la période « précécémateuse ».

Dans le contenu intestinal modifié, l'entérocoque pullule, l'équilibre microbien est détruit, et le germe, dans ces conditions, semble exalter sa virulence.

L'épiderme de la région ano-génitale, constamment souillé par le contact immédiat des selles se défend mal contre un entérocoque de virulence exaltée. Cet entérocoque, à l'état de culture pure, colonise et détermine très rapidement une dermo-épidermite du siège.

Cette lésion représente donc, avec le contenu intestinal, le foyer microbien initial.

Les toxines microbiennes entrent alors en jeu. Elles sensibilisent l'organisme, anormalement réceptif peut-être, et bientôt, apparaît, à distance, une nouvelle réaction cutanée dite *secondaire* : les eczématides ou parakératoses que les travaux de Bruno-Bloch, Jadassohn, Ravaut, comme nous l'avons vu, permettent de considérer comme un phénomène de sensibilisation. On peut les individualiser comme des « entérococcides », réaction tégumentaire de sensibilisation aux toxines de l'entérocoque.

Les recherches bactériologiques décèlent la présence constante de l'entérocoque de Thiercelin, non seulement dans les lésions érosives du siège, mais aussi dans les placards érythémato-squameux secs à distance.

C'est là un point qui différencie ces entérococcides des lévirides et trichophytides qui sont stériles. La présence de l'entérocoque sur la peau de l'enfant normal permet peut-être d'expliquer ce fait.

En résumé, *les dermites fessières des cinq premiers mois de la vie sont des dermo-épidermites entérococciques à point de départ intestinal.*

Elles sont elles-mêmes, par sensibilisation, l'origine de réactions cutanées considérées comme eczémas du nourrisson, dont on admet que l'érythrodermie desquamative est l'expression la plus évoluée.

2. — PREUVE THÉRAPEUTIQUE

La dermite entérococcique, avec ses modalités cliniques, semble être réellement une entité dermatologique. L'épreuve thérapeutique achève de confirmer cette notion.

a) Les lésions réagissent au traitement vaccinal.

1. Chez les nourrissons atteints de dermite infantile simple, on note, dès la première intradermo-réaction, une réaction focale de courte durée et l'apparition à distance d'eczématides. Tout rétrocede ensuite.

2. Chez les enfants qui présentent la variété éruptive de type mixte, eczéma intertrigo et eczématides, si la première intradermo-réaction provoque une congestion dermo-épidermique, cette exaspération est fugace et suivie à bref délai de phénomènes inverses d'atténuation.

b) Ce traitement semble bien être spécifique, puisque le vaccin s'est montré sans action sur les autres dermatoses.

L'essai de contrôle spécifique du vaccin entérococcique a été tenté sur quatre enfants porteurs de lésions papuleuses ou érythémato-squameuses d'origine staphylococcique. Le vaccin a été absolument inopérant et les lésions n'ont cédé qu'aux topiques locaux.

3. — TERRAIN

Cependant, certains points paraissent être mal élucidés.

Par quel processus, la pullulation de l'entérocoque entraînant la rupture de l'équilibre microbien des selles, peut-elle se produire?

De nombreuses hypothèses ont été émises, en particulier on a invoqué l'anaphylaxie pour le lait. Un fait paraît jouer un rôle certain dans de nombreux cas, c'est un dysfonctionnement hépatique ou hépato-pancréatique, qui, modifiant le milieu intestinal, permet le développement anormal de l'entérocoque et des fermentations.

Sous quelle influence, l'organisme du nourrisson devient-il plus réceptif ? se sensibilise-t-il?

Il faut invoquer là le rôle du terrain qui n'est pas négligeable et nous ramène à la vieille conception de diathèse, de prédisposition héréditaire ou acquise, de l'Ecole dermatologique française.

Il est généralement admis, qu'à la base de ces dermatoses, il existe une susceptibilité spéciale de l'organisme et en particulier de la peau.

Dans l'état actuel de nos connaissances, un seul fait précis peut être avancé, c'est le rôle probable de l'hérédo-syphilis.

Déjà signalée par Brocq et Ravaut, elle agit vraisemblablement en modifiant le terrain, en créant des altérations viscérales, surtout déficience hépato-pancréatique, et glandulaires dont l'existence peut favoriser le développement de l'eczéma.

Son rôle est important mais ne peut, cependant expliquer tous les cas rencontrés.

La syphilis héréditaire paraît intervenir dans 53,4 % des cas que nous avons observés: diagnostic contrôlé par l'examen de l'enfant (signes de certitude ou faisceau de signes de présomption), par l'examen du placenta (disproportion fœto-placentaire: rapport supérieur à 1/4,5), ou par l'enquête familiale.

Cette proportion (53,4 %) paraît considérable: le recrutement de beaucoup de nos malades par la consultation de prophylaxie des maladies héréditaires l'explique en partie. Pourtant, les statistiques d'autres auteurs (Lesné et Boutelier) apportent un pourcentage à peu près équivalent (11 cas sur 20).

TROISIÈME PARTIE

Thérapeutique et Diététique

Ces nouvelles conceptions étiologiques et pathogéniques des dermites fessières des nourrissons et de leurs processus évolutifs permettent d'orienter la thérapeutique, souvent infructueuse de ces affections, dans une voie nouvelle.

L'étude des réactions allergiques de la peau par intradermo-injections nous a paru susceptible d'entrer dans le domaine pratique.

I. — TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — VACCINATION ANTI-ENTÉROCOCQUE

PRÉPARATION DU VACCIN. — Les vaccins, nous l'avons vu, ont été préparés selon la technique de MM. Ranque et Senez et nous avons signalé la difficulté d'obtenir une culture pure.

L'origine de la souche présente une grande importance : c'est de sa valeur antigénique que dépendra la qualité du vaccin. L'essai de vaccins préparés avec des souches de provenances diverses a permis à M. H. et J. Montlaur les constatations suivantes :

1° Les vaccins obtenus en partant des lésions dermo-épidermiques du siège se montrent les plus actifs ;

2° Ceux qui sont préparés avec les entérocoques isolés des eczématides sont moins actifs ;

3° Ceux pour lesquels les entérocoques sont recueillis sur l'épiderme de nourrissons sains se sont montrés totalement dépourvus de pouvoir antigénique, et il semble que ces germes, dans ces conditions, ne soient que de simples saprophytes ;

4° Il en est de même lorsque le germe provient du contenu intestinal du nourrisson normal.

De plus, *l'âge de la culture* intervient également : ce sont les cultures de 48 heures en milieu liquide qui ont paru donner les meilleurs résultats.

Partant de souches actives, après divers essais, la concentration à 2 milliards de germes par centimètre cube a été définitivement adoptée.

TECHNIQUE. — Le traitement vaccinothérapique a été entrepris chez de très jeunes enfants (4 semaines à 4 ou 5 mois) atteints d'érythèmes fessiers, avec ou sans eczématides. Il ne nécessite pas l'hospitalisation des petits malades. Suivant les cas et les circonstances, nous avons adopté la voie intradermique ou buccale.

1. — *Voie intradermique.*

Les intradermo-injections sont pratiquées tous les deux jours, à l'aide d'une aiguille dont le calibre 5/10 de mm. donne environ 100 gouttes par centimètre cube.

La concentration à 2 milliards n'a jamais été dépassée. Presque toujours, au contraire, nous avons pour les premières injections employé le vaccin très dilué avec de l'eau physiologique stérile. On débute avec une goutte de vaccin à 50 ou 100 millions par centimètre cube, on passe ensuite à 200, 500 millions, 1 milliard, pour atteindre enfin 2 milliards et 2 gouttes de vaccin.

De cette façon, s'établit aisément une thérapeutique vaccinale prudente et progressive, dosée suivant l'état général de l'enfant, son poids et l'intensité des lésions cutanées. Dix à douze injections sont habituellement nécessaires. D'ailleurs, ces chiffres peuvent varier suivant la rapidité des résultats.

2. — *Voie buccale.*

Si une circonstance quelconque ne permet pas d'instituer la vaccination intradermique, celle-ci sera faite par la voie buccale.

Quelle que soit son origine : auto-vaccin ou stock du commerce (Carrion, Cepède, Clin, I. O D), le vaccin sera dilué. On donnera chaque jour, en une ou deux fois, une dose de vaccin de concentration progressive. Partant de 100 ou 200 millions

chez des enfants de quelques semaines, on pourra atteindre 2, 3 et même 4 milliards par jour.

Mais, comme pour la vaccination intradermique, il faut se guider sur l'état général, les troubles digestifs et l'état cutané du nourrisson.

II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

La vaccination anti-entérococcique seule, a, dans la majorité des cas, apporté la guérison. Aucun traitement ni local ni général ne lui a été adjoint, et nous n'avons jamais supprimé l'allaitement en cours, quel qu'il soit. Nous nous sommes bornés à le diriger convenablement et à le régler. Ce sont là deux principes que nous nous sommes imposés invariablement.

Cependant, dans quelques cas, nous avons été amenés à faire quelques prescriptions thérapeutiques et diététiques subordonnées à l'état général de l'enfant et aux troubles digestifs qu'il présentait.

1. — *D'après l'état général.*

A) *Le nourrisson en bon état de nutrition.* — Chez le nourrisson en bon état de nutrition, le traitement vaccinal a été institué d'emblée et appliqué habituellement sans interruption.

La violence du prurit nous a forcés, parfois, à donner du gardénal. Si une infection intercurrente survient au cours du traitement (adénoïdite, bronchite), la vaccination doit être suspendue pendant quelques jours.

B) *Le débile et l'hypotrophique.* — Le traitement est dans ces cas beaucoup moins facile. L'atteinte de l'état général, quelle qu'en soit la cause ou le degré, domine le tableau, et le traitement de la dermatose passe au deuxième plan. Il faut avant tout remonter l'état général.

Le régime alimentaire constitue la partie principale du traitement : ration supérieure d'environ un cinquième à celle d'un enfant normal du même âge, allaitement au sein ou à défaut, lait d'ânesse, babeurre doux, ou lait en poudre demi-maigre.

En même temps, on relèvera l'énergie vitale de l'enfant par

la médication stimulante habituelle (sérum physiologique caféiné, sérum glucosé, huile camphrée, transfusion de sang maternel, etc.). Quand les conditions générales sont meilleures, que la courbe de poids se relève, le traitement de la dermatose peut être entrepris. Il sera prudent et l'on n'oubliera pas que chez les hypotrophiques, la moindre infection intercurrente prend rapidement une allure de gravité.

C) *L'hérédo-syphilitique*. — Lorsque l'hérédo-syphilis est avérée et active, le traitement spécifique s'impose et prend le pas sur le traitement dermatologique.

Dans les formes atténuées, les deux médications seront mises simultanément en œuvre. Il y a avantage à commencer par le traitement antisiphilitique, qui a une action favorable sur les « eczémas » de la première enfance. Nous employons de préférence les préparations mercurielles par voie buccale (lactate de Hg, calomel, poudre grise), toujours avec précaution en raison des troubles digestifs.

2. — *D'après les troubles digestifs.*

La première indication est de régler l'allaitement en cours. Tous les médecins d'enfants sont d'accord sur deux points essentiels :

1. Se garder d'une part du préjugé contre le lait ;
2. Eviter de donner des rations insuffisantes qui peuvent conduire à une véritable cachexie thérapeutique.

S'il y a lieu de modifier ou de compléter le régime, on se rappellera les deux faits suivants :

1. L'existence d'une colite acide ;
2. La fréquence de l'insuffisance hépato-pancréatique.

De toute évidence, on s'abstiendra des produits fermentescibles, susceptibles d'augmenter le taux des acides organiques et de s'opposer à l'action vaccinale. On écartera ainsi du régime le bouillon de légumes et les décoctions de céréales. Par contre, l'eau de riz, le babeurre doux, la soupe de babeurre au riz, la poudre de lait demi-maigre peuvent être employés largement.

De même, on donnera la préférence au lait peu riche en

beurre (lait écrémé, poudre de lait demi-maigre) pour pallier à l'insuffisance hépato-pancréatique et aux troubles du métabolisme des graisses qui en découle.

L'intensité des troubles digestifs imposera parfois quelques prescriptions particulières: eau de chaux dans les diarrhées des enfants au sein (saturation de l'excès des acides organiques), tanin ou bismuth dans celles des enfants au biberon.

Le calomel « à doses filées » trouve son indication dans la dyspepsie du lait de vache (insuffisance de la sécrétion pancréatique). Enfin, contre la constipation, le jus de fruit donne des résultats heureux. L'eau lactosée qui peut être donnée aux enfants nourris artificiellement, est naturellement contre-indiquée chez les enfants au sein.

III. — RÉSULTATS

f

Les résultats constatés portent sur trois ordres de faits :

L'état général;

Les troubles digestifs ;

Les modifications de la dermatose..

1. — *Sur l'état général.*

C'est, nous l'avons vu, l'état général du nourrisson qui règle la vaccination. Celle-ci une fois instituée, l'état général déjà satisfaisant ne fait que s'améliorer ainsi qu'en témoigne la courbe pondérale régulièrement ascendante.

2. — *Sur les troubles digestifs.*

Les modifications dans le régime alimentaire se sont presque toujours montrées inefficaces.

Sous l'action du vaccin au contraire, et sous son action seule, *quel que soit le mode d'alimentation, les manifestations de la diarrhée commune avec selles muco-grumuleuses ou liquides, selles vertes, sont notablement améliorées.* Ces troubles s'atténuent rapidement : les selles deviennent moins fréquentes, perdent leur couleur verte, leur fétidité, et reprennent une consistance normale. L'analyse chimique décèle la diminution du taux des acides organiques et confirme cette amélioration.

Si, chez les enfants en cours de traitement, la diarrhée survient à nouveau, elle est la signature d'un phénomène surajouté : coryza, otite, dentition, retour des règles chez la mère, etc. On peut prévoir une nouvelle poussée de la dermatose.

Parmi les *troubles de la dyspepsie du lait de vache*, les *selles mastic* sont favorablement influencées. Dès le début du traitement elles perdent leur odeur fécaloïde, prennent une consistance plus molle, mais restent cependant décolorées. Pour obtenir le retour aux selles normales, une médication adjuvante (calomel à doses filées, ou une modification de la nourriture (babeurre) sont nécessaires.

La *constipation* n'est guère influencée par le vaccin.

Les *réurgitations* et les *vomissements* persistent ou disparaissent, sans que l'on puisse attribuer ce résultat à l'action du vaccin.

3. — Sur la dermatose.

Que la dermatose soit cliniquement constituée par la dermo-épidermite microbienne du siège, que cette dermite s'accompagne d'eczématides, et rentre ainsi dans le cadre des eczémas dits séborrhéiques, la vaccinothérapie anti-entérococcique amène toujours une modification heureuse, très souvent la guérison.

Les transformations cutanées se succèdent invariablement dans le même ordre : tout d'abord les plis s'assèchent, puis la lésion du siège pâlit, s'épidermise; les collerettes épidermiques disparaissent, les petits éléments aberrants s'effacent.

C'est donc sur l'*eczéma intertrigo*, lésion initiale que se manifeste d'abord l'action du traitement.

A cette première phase de vaccination correspond souvent une extension du processus éruptif du type eczématide. Puis, cette modalité éruptive influencée à son tour par le vaccin se modifie : l'érythème s'estompe, la desquamation d'abord abondante, s'atténue, puis disparaît. Les squames grasses de la partie supérieure du visage et du cuir chevelu se détachent et tombent sans se reformer. Le prurit s'apaise.

Dans les cas les plus favorables, la guérison a été obtenue après une ou deux semaines de traitement, plus souvent après trois semaines.

Certains nourrissons, après la fin de la cure, présentent encore des manifestations de l'affection cutanée; ces reliquats disparaissent une à trois semaines après la cessation du traitement.

Si des récidives s'observent, elles sont en corrélation, comme on l'a vu, avec des troubles digestifs et dues à un incident surajouté. En général, elles restent localisées au siège et sont de courte durée. Quelques enfants après un début de traitement ont été perdus de vue; pour ceux qui ont été régulièrement traités et suivis, la guérison a été obtenue et s'est maintenue complète dans la suite.

Observations

I. — DERMITE SIMPLE

OBSERVATION I

(Obs. 46. Exp. XLII). — M... Michel.

Antécédents maternels: B.W. 5-5; hérédo-syphilis traitée depuis l'accouchement.

1^{re} grossesse. Enfant né à terme le 9 octobre 1930.

Poids de naissance : 3 k. 900. Placenta : 800 gr. Rapport fœto-placentaire : 1/5.

Allaité au sein. Vomissements fréquents. Diarrhée.

Vers le quinzième jour, épisode de diarrhée verte au cours duquel apparaît l'érythème fessier.

Le 7 novembre 1930. — Vaste érythème intéressant le siège, la région génitale et la face interne des cuisses, depuis le pubis et la région fessière supérieure, jusqu'au creux poplité : surfaces rouge vif, sèches, sauf au niveau du scrotum et de la pointe des fesses qui suintent légèrement. Bordure polycyclique avec collerette épidermique. Nombreux éléments aberrants, limités par bordure épidermique.

Au niveau du thorax une bulle à contenu séro-purulent.

A l'avant-bras droit deux cocardes érythémateuses de type érythème polymorphe. Une sur l'avant-bras gauche.

Sur le tronc, éruption finement vésiculeuse.

Prélèvement de squames :

Au niveau de la région fessière : entérocoque.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque à l'état de culture pure très abondant; pas de flore rouge.

10 novembre 1930. — Les éléments en cocarde de l'avant-bras droit ont disparu. A la racine de la cuisse droite une grosse bulle

flasque à contenu louche. A la partie inférieure de la jambe droite reliquat de deux grosses bulles abrasées.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique à 200 millions de germes par cm³.

12 novembre. — Pas de nouvelles bulles. L'érythème du siège pâlit.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

14 novembre (4 k. 460). — Coryza intense avec jetage sangui-nolent (pommade au calomel).

Le siège continue à s'améliorer malgré quatre selles mousseuses, liquides, verdâtres dans la journée d'hier.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 500 millions.

17 novembre 1930. — Deux nouveaux éléments bulleux l'un à la région pubienne, l'autre à la face postérieure de la cuisse droite.

4^e *Intradermo-injection* : une goutte vaccin

19 novembre 1930. — Apparition de deux nouvelles bulles.

5^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

21 novembre 1930 (4 k. 670). — Très grosse amélioration cutanée au niveau du siège. Au cuir chevelu et autour des sourcils s'organisent quelques squames grasses peu abondantes.

Pour soulager la mère : allaitement mixte : 3 têtées et 3 bibe-rons de lait sec.

6^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

24 novembre. — Bon état.

7^e *intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

26 novembre. — Le siège est complètement sain. Il persiste quelques squames grasses au niveau du cuir chevelu.

8^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 400 millions.

28 novembre (5 k. 010). — 9^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

1^{er} décembre. — Guérison complète au point de vue cutané.

10^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

25 décembre 1930. — Guérison maintenue.

En mai 1931 (8 k. 300). — La dermite n'a pas reparu. Excellent état cutané.

OBSERVATION II

(Obs. 50. Expér. XLVII). — L... Roger.

Antécédents maternels :

Première grossesse : accouchement au terme de 7 mois 1/2, en-fant mort de méningite à 6 mois.

Deuxième grossesse : accouchement d'un fœtus macéré au terme de 8 mois.

Troisième grossesse : accouchement d'un fœtus macéré au terme de 7 mois.

Quatrième grossesse : Traitement antisyphilitique pendant toute sa durée; accouchement à terme : Roger.

Né le 13 novembre 1930. Poids de naissance : 3.930 gr.

Elevé au sein. A eu, dès la seconde semaine, des selles « mélangées », coïncidant avec l'apparition d'un érythème fessier. Petit à petit, l'érythème s'étend, gagnant toute la région fessière. Plus vif au niveau des régions génitales et de la face interne des cuisses, cet érythème descend jusqu'aux malléoles. Pourtour polycyclique avec bordure épidermique à lambeau flottant très marquée au niveau de la région abdominale.

A la périphérie, très nombreux éléments aberrants avec collerette épidermique de bordure, descendant jusqu'à la face postérieure des jambes.

Rien par ailleurs.

4 k. 420. — Du point de vue de l'état général croissance régulière, bon état, 7 tétées. Présente 3 à 4 selles un peu mélangées.

Prélèvement de squames :

Au niveau de la région fessière : entérocoque et rares bacilles type coli.

Au niveau de la partie inférieure de l'abdomen : entérocoque et rares bacilles type coli.

Au niveau de la région malléolaire : entérocoque et rares bacilles type coli.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque extrêmement abondant; type coli rare.

T B = milieu de Truch bilié.

Culture T B : entérocoque très abondant, rare type coli.

12 décembre 1930. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 400 millions de germes par cm³.

15 décembre. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

19 décembre. — Bon état, 4 k. 700. — 3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

22 décembre. — A cause de l'éloignement on continue le traitement par *vaccin buccal* : chaque jour l'enfant prend 1/2 cc. de vaccin antientérococcique.

2 janvier 1931. — L'amélioration de l'état cutané a commencé vers le 25 décembre. Actuellement progrès extrêmement marqués : l'érythème du siège est éteint. Encore une très légère rougeur au niveau de la face interne des cuisses, à la hauteur des genoux.

Bon état général. L'enfant a 5 tétées et un biberon de lait con-

densé sucré. Pas de troubles digestifs : 2 selles jaunes normales, non mélangées.

9 janvier. — La guérison au point de vue cutané est complète. On continue pendant quelques jours le vaccin buccal.

10 janvier, 5 k. 700. — Très bon état. La guérison cutanée persiste.

Pas de troubles digestifs.

On continue à suivre l'enfant.

II. — DERMITE SIMPLE AVEC ECZEMATIDES

OBSERVATION III

(Obs. 13. Exp. XI). — M... Ginette.

Née le 7 mars 1930 à terme. P. N. 3 k. 250. Nourrie au sein.

Vers la troisième semaine, apparition de selles liquides jaunes, glaireuses, très fréquentes.

A la fin du premier mois, le siège devient érythémateux. Très rapidement toute la partie inférieure du corps est intéressée, puis la région cervicale et le cuir chevelu.

Le 16 mai, l'enfant présente : Au niveau du cuir chevelu une large lésion érythémateuse qui intéresse toute l'étendue du cuir chevelu avec squames grasses constituant une véritable calotte. Alopecie presque complète, sauf au niveau de l'occipital.

Intertrigo rétro-auriculaire et d'un pli cervical gauche.

Au niveau de la région fessière, lésion érythémateuse luisante, rouge vif, sans squames. Cette lésion s'arrête en haut à l'ombilic, en bas au niveau des malléoles. Il existe quelques intervalles de peau saine. Pas d'intertrigo. Squames du pubis à l'ombilic et en bordure de la lésion des membres inférieurs.

Depuis 15 jours, sans aucune médication, les selles sont moins fréquentes mais toujours glaireuses.

Bon état de nutrition. Foie et rate normaux. Micropolyadénopathie cervicale.

Prélèvement de squames :

Abdomen : entérocoque.

Cuir chevelu (T B et bouillon sérum) : Culture aérobie : entérocoques et quelques staphylocoques. Culture anaérobie : entérocoques en culture pure.

19 mai. — *Intradermo-réaction, vaccin antistreptococcique* : négative.

21 mai, 4 k. 680. — Selles consistantes.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin antientéroroccique.
Pommade au lysat-vaccin entérococcique sur cuir chevelu.

23 mai, 4 k 710. — Dans l'ensemble, légère atténuation de l'érythème.

L'intertrigo rétro-auriculaire est asséché.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

26 mai. — L'érythème est très atténué. Il persiste une légère desquamation fine. Des îlots de peau saine apparaissent.

Au cuir chevelu la calotte a disparu. Toute la partie latérale droite jusqu'au vertex est normale. Sur le reste léger érythème sans squame.

3^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

On continue la pommade au lysat-vaccin.

28 mai, 4 k. 830. — L'amélioration cutanée se poursuit.

Selles encore un peu liquides; on remplace 2 tétées par 2 biberons de babeurre au riz sucré et d'eau de chaux.

4^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

30 mai, 4 k. 950. — Bon état général. Selles normales.

Au point de vue cutané, guérison à peu près complète de la région fessière et abdominale.

Il persiste un léger érythème et quelques squames au niveau du cuir chevelu.

5^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

2 juin. — Disparition de l'érythème au niveau du cuir chevelu.
Il persiste des squames sèches.

Région abdominale guérie.

6^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

4 juin 1930, 5 k. 040. — Très bon état de nutrition.

7^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de stock-vaccin.

6 juin, 5 k. 060. — Guérison presque complète.

8^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

11 juin, 5 k. 180. — 9^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

13 juin. — Guérison complète.

10^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

20 juin, 5 k. 370. — Très bon état.

OBSERVATION IV

(Obs. 44, Exp. XL). — Fl.. Odette.

Antécédents maternels : rien de particulier.

Premier procréateur : Première grossesse 1924 : enfant bien portant.

Deuxième procréateur : septième enfant d'une famille dont les six autres sont morts de méningite en bas âge.

Deuxième grossesse en 1926 : fausse-couche de 6 mois.

Troisième grossesse : Odette.

Née au terme de 8 mois $1/2$, le 14 octobre 1930. Poids de naissance, 2.350 gr. Placenta, 450 gr. Rapport fœto-placentaire, $1/5,12$.

Exclusivement au sein. Pas de vomissement. Selles jaunes assez fréquentes (4 par jour).

Ictère du nouveau-né apparu au troisième jour qui persiste trois semaines environ.

L'érythème fessier commence à apparaître vers le douzième jour.

5 novembre 1930. — Vaste érythème rouge, vernissé intéressant toute la région fessière, la région vulvaire, la face interne des cuisses. La lésion a des contours polycycliques avec collerette épidermique de bordure à lambeau flottant. A la périphérie nombreux éléments aberrants limités aussi par une collerette épidermique de bordure.

Au niveau du tronc, légère desquamation furfuracée.

Prélèvement de squames au niveau de la région fessière : entérocoque et type coli abondant.

Examen des selles : jaunes, liquides, mousseuses.

1) Examen direct (méthode de Gram) : entérocoque en chaînes à l'état de culture pure; pas de flore rouge.

2) Culture (sur Truch bilié) : entérocoque en chaînes très abondantes; levures; bacilles type coli rare.

19 novembre 1930, 2 k. 980. — Meilleur état général. Pas de vomissements. 3 à 4 selles jaunes.

Au point de vue cutané, l'éruption gagne. Au niveau du tronc : éruption érythémato-squameuse; soit en larges placards, soit en médaillons.

Au niveau de la région cervicale : éruption érythémato-squameuse, surtout érythémateuse avec suintement des plis.

A la face, éruption érythémato-squameuse grasse : le menton et la lèvre supérieure sont intéressés. Au niveau de la région sourcilière apparition de squames grasses.

Au cuir chevelu érythème de la région fronto-pariétale avec apparition de squames grasses.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin antientérococcique à 160 millions de germes par cm^3 .

21 novembre 1930, 3 k. 030. — L'éruption s'est généralisée sur le tronc et a gagné la face antérieure des bras et avant-bras.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 400 millions.

24 novembre 1930. — 3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 400 millions.

26 novembre. — Les lésions sèchent et sont le siège d'une desquamation abondante.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 400 millions.

1^{er} décembre, 3 k. 200. — Au sein. Selles normales.

Amélioration cutanée : le tronc est guéri; il n'y persiste qu'une légère desquamation sur peau saine.

Le siège est encore érythémateux.

Au cuir chevelu les squames se détachent facilement et tombent abondamment. L'intertrigo rétro-auriculaire est asséché.

Au niveau de la face, quelques éléments squameux.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin entérococcique à 400 millions.

3 décembre. — 6° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 400 millions.

5 décembre. — 7° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 400 millions.

8 décembre. — 8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 400 millions.

10 décembre. — L'enfant a eu un petit épisode diarrhéique.

L'érythème fessier persiste, et au niveau de la face externe de la cuisse droite réapparition de quelques éléments papuleux.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 400 millions.

12 décembre. — Selles jaunes, liquides, mousseuses. Le siège est plus rouge et plus squameux.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 600 millions.

15 décembre. — Le siège est toujours très rouge avec squames épidermiques; l'érythème s'étend vers la région pubienne.

11° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 600 millions.

22 décembre. — Nouvel épisode diarrhéique et persistance de l'érythème.

26 décembre, 3 k. 950. — Très grande amélioration cutanée.

14 janvier 1931, 4 k. 500. — Guérison complète.

4 mars, 6 k. — Très bon état. Guérison maintenue.

OBSERVATION V

(Obs. 36, Exp. XXXIII). — St... Henriette.

Née à terme, le 30 août 1930. Poids de naissance : 2.960 gr.

Allaitement maternel.

Vers le 15 septembre, apparition au siège d'une rougeur diffuse coïncidant avec des selles vertes.

3 octobre 1930, 3.900 gr. — Depuis trois jours les selles ont tendance à s'améliorer.

Au point de vue cutané l'enfant présente un vaste érythème intéressant les fesses, toute la région génitale, la face interne, des cuisses et des jambes, jusqu'aux pieds. La limite supérieure érythémato-squameuse sèche est à égale distance du pubis et de l'ombilic. Lésion rouge vif, luisante, vernissée, à peine suintante, à bordure polycyclique avec collerette épidermique à lambeau flottant. A la périphérie, nombreux éléments aberrants avec collerette épidermique. Pas d'intertrigo.

Sur le tronc, au niveau de la partie supérieure de l'abdomen, semis de petits éléments érythémato-squameux à squames grasses avec collerette de bordure.

Sur le thorax, surtout sur les faces latérales, vastes nappes érythémato-squameuses à squames grasses, résultant de la réunion des petits éléments, à bordure polycyclique avec collerette épidermique.

A la région cervicale, placards érythémato-squameux à fine desquamation et intertrigo des plis.

La face présente un léger érythème à fines squames.

Intertrigo rétro-auriculaire.

Au niveau de la région sourcilière, début de squames grasses, épaisses.

Au cuir chevelu, formation de croutes grasses épaisses non encore complètement réunies.

Aux membres supérieurs placards érythémato-squameux à bordure polycyclique et collerette épidermique. Nombreux petits éléments aberrants. La face dorsale des mains est intéressée.

1) *Prélèvement de squames :*

Au cuir chevelu : entérocoque.

Siège : entérocoque.

Thorax : entérocoque.

Pli coude droit : entérocoque.

2) *Examen des selles :*

Examen direct : entérocoque en culture pure; pas de flore rouge.

6 octobre. —

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin antientérococcique à 2 milliards de germes par cm³.

8 octobre. — Les selles sont jaunes : nettement améliorées.

Au siège, la lésion a perdu son caractère vernissé; l'érythème pâlit; les collerettes épidermiques de bordure disparaissent.

Au niveau du tronc, les lésions sont moins érythémateuses et au niveau de la région cervicale les plis sont asséchés.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

10 octobre. — Quelques vomissements; selles un peu vertes.

Examen des selles : mêmes résultats que le 3 octobre.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

13 octobre. — L'amélioration cutanée se poursuit.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

15 octobre. — L'érythème est très atténué. La desquamation diminue.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

L'enfant a eu ce matin une selle verte.

17 octobre 1930, 4 k. 320. — Meilleur état général. L'enfant est moins pâle.

L'état cutané s'améliore progressivement. Au siège, apparition de nombreux îlots de peau saine.

6° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 500 millions.

20 octobre. — La calotte du cuir chevelu commence à se détacher.

7° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

24 octobre, 4 k. 470. — Bon état général : selles encore un peu mélangées.

Etat cutané bon : la partie antérieure du tronc est saine : ni squame, ni érythème.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

27 octobre. — Il persiste seulement quelques éléments squameux sur la région dorsale et, au niveau du cuir chevelu, des squames grasses prêtes à tomber.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin : nettement positive.

5 décembre, 5 k. 900. — Il persiste un érythème squameux du cuir chevelu; une rougeur légère au niveau de la région cervicale et quelques points érythémateux parsemés au niveau du siège.

2 janvier 1931. — Au point de vue cutané grosse amélioration : il persiste seulement quelques squames grasses au niveau du cuir chevelu.

L'enfant présente du nystagmus (lactate d'hydrargyre).

20 février. — Au point de vue cutané, il persiste quelques éléments d'impétigo sur la région pariétale gauche (pâte sulfo-cadique au 1/20).

20 avril. — Les éléments d'impétigo du cuir chevelu persistent. Par ailleurs la peau est saine.

L'enfant présente un tic de Salam (après 10 jours de salicylate de soude et une série de R.U.V., on institue une cure de sulfarsénol).

28 avril. — L'impétigo s'améliore. Poussée de prurigo.

9 juin. — Les lésions cutanées érythémateuses et impétigineuses ont complètement disparu.

Nouvelle poussée de prurigo.

22 septembre. — Bon état.

III. — ERYTHEME PAPULO-VESICULEUX AVEC ECZEMATIDES

OBSERVATION VI

(Obs. 71, Exp. LXVIII). — R... Madeleine.

Rien à signaler dans les antécédents.

Née le 3 avril 1931, à terme. Poids de naissance : 3.120 gr. Placenta : 570 gr. Rfp. : 1/5,4.

Au sein jusqu'au dixième jour, puis allaitement artificiel : lait condensé Nestlé. Il ne semble pas y avoir eu de troubles digestifs nets.

Vers le huitième jour l'enfant présente quelques bulles de pemphigus épidémique du nouveau-né.

A peu près en même temps, vers le dixième jour, apparaît une dermite fessière.

Au vingtième jour, l'érythème fessier s'atténue spontanément, mais une vaste lésion squameuse du cuir chevelu s'organise.

Il semble donc que l'apparition des eczématides ait suivi celle de l'érythème fessier de 10 jours environ.

17 mai 1931. — L'enfant présente au niveau du siège quelques papules en voie de cicatrisation, avec reliquat de collerette épidermique.

Il n'existe pas d'intertrigo.

Au niveau du tronc éruption discrète, finement papulo-vésiculeuse. A la partie supérieure du thorax les lésions sont érythémato-squameuses sèches avec bordure diffuse.

Les plis du coude, les régions deltoïdiennes, les régions axillaires sont le siège de vastes placards d'eczématides.

A la région cervicale, placard érythémato-squameux sec, avec un intertrigo des plis très suintant.

La face est respectée, du menton jusqu'à la région sourcilière. Partant de la région sourcilière et intéressant le front et le cuir chevelu dans sa totalité, venant rejoindre, en arrière, les lésions de la région cervicale, vaste nappe de squames grasses épaisses, adhérentes, sur un fond érythémateux.

Alopécie très marquée de toute la région antérieure du cuir chevelu. Intertrigo rétro-auriculaire bilatéral.

Prélèvement de squames :

Au cuir chevelu : entérocoque rare, type coli abondant.

Au pli du coude : type coli.

Au niveau du siège : entérocoque et type coli abondant.

Examen des selles :

Examen direct :

Flore bleue : entérocoque abondant.

Flore rouge : type coli abondant.

Culture en Truch bilié :

Entérocoque très abondant.

Type coli rare.

29 mai 1931. — 4 k. 500.

L'enfant reçoit 6 biberons de lait condensé. Les selles sont pâles et sèches.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin anti-entérococcique à 100 millions de germes par cm³.

1^{er} juin. — L'érythème pâlit dans son ensemble.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 150 millions de germes par cm³.

3 juin. — L'atténuation de l'érythème se poursuit. Les squames commencent à se détacher. Il persiste un intertigo cervical très humide. L'intertigo rétro-auriculaire s'assèche.

L'état général est satisfaisant. Les selles d'aspect normal.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 300 millions.

5 juin. — 4 k. 350.

Dans l'ensemble grande amélioration. Le siège est sain.

Le thorax présente une fine desquamation sur peau saine.

Les placards d'eczématides du pli du coude persistent.

L'intertrigo rétro-auriculaire est très atténué, pâle et sec.

4^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

8 juin. — 5^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 800 millions.

10 juin. — L'amélioration continue.

Le front ne présente plus qu'une fine desquamation furfuracée. Il persiste une nappe de squames grasses épaisses, à la partie supérieure du cuir chevelu.

Par ailleurs, le corps ne présente plus de lésions.

Au niveau de la joue gauche et de la région temporale sont apparues quelques papules érythémateuses.

6^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

12 juin. — 4 k. 540.

7^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

15 juin. — L'amélioration se poursuit.

Au pli du coude la desquamation est facile et abondante, l'érythème très pâle.

La région occipitale est saine.

8^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard 500 millions.

17 juin 1931. — Apparition de 4 ou 5 papules érythémateuses dures blanchâtres entourées d'une zone érythémateuse au niveau de la région temporale droite et de la région cervicale.

9^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 1 milliard 500 millions.

19 juin 1931. — 4 k. 640.

Amélioration cutanée persistante.

Quelques nouvelles papules sur la joue et la tempe gauches.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 2 milliards.

22 juin 1931. — 11° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

24 juin 1931. — Peau saine. Il existe seulement un petit placard de squames à la partie supérieure du cuir chevelu.

12° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

10 juillet 1931. — 5 k. 330.

La guérison persiste.

20 octobre 1931. — L'enfant est revue à la consultation à l'occasion d'une rhino-pharyngite. Guérison cutanée persiste.

OBSERVATION. VII

(Obs. 19, Exp. XVI). — Pl.. Roger. Erythème papulo-vésiculeux avec eczématides.

Mère : B.-W.=0 — traitée.

Première grossesse, né à terme. Poids de naissance: 3 k. 300.

Placenta : 480 gr.

Allaitement maternel. Pas de troubles digestifs.

Au cours de la quatrième semaine, apparition d'un érythème fessier.

Le 4 juin 1930. — 4 k. 430.

Au point de vue cutané érythème papulo-vésiculeux, étendu de l'ombilic aux régions malléolaires. Erythème squameux en certains points. Plis légèrement suintants.

Au niveau du cuir chevelu : lésions érythémato-squameuses.

Prélèvement de squames au niveau des cuisses : entérocoque.

Examen des selles.

Ex. Direct.: pas de globules gras, ni flore iodophile.

Gram : flore bleue : entérocoque abondant en culture pure, pas de flore rouge.

Culture : entérocoque.

Intradermo-réaction vaccin antistreptococcique : négative.

Le 6 juin 1930. — 4 k. 530.

1° *Intradermo-injection* vaccin anti-entérococcique : 1 goutte à 5 milliards de germes par cm³.

Le 11 juin. — 4 k. 730.

Selles un peu liquides.

Apparition au niveau du cuir chevelu et des sourcils de squames grasses, épaisses commençant à se détacher.

Par ailleurs, les lésions sont plus sèches et l'érythème a pâli.

Examen des selles : Mêmes résultats bactériologiques.

2° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

13 juin. — 4 k. 770.

Même état cutané. Selles moins liquides.

3° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique.

16 juin. — La calotte du cuir chevelu et les squames de la région sourcilière se détachent facilement.

Lésions du siège en grande amélioration.

Selles normales.

4° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Examen des selles : Mêmes résultats à l'examen direct et à la culture : entérocoque abondant.

18 juin. — 5 k. 150.

Il persiste seulement un léger érythème.

Examen des selles : Mêmes résultats.

5° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

20 juin. — 5 k. 250.

6° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

23 juin. — Il persiste quelques squames grasses au niveau du cuir chevelu.

Les croûtes sourcilières ont disparu.

Le siège est guéri.

7° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

25 juin. — Très bon état.

Examen des selles : Mêmes résultats par l'examen direct et les cultures.

8° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

Examen des selles :

Ex. direct : entérocoque en culture pure moins abondant, pas de flore rouge.

Culture : entérocoque en culture pure.

30 juin. — Guérison.

10° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

21 novembre 1930. — 9 k. 600.

Guérison maintenue.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque en grande abondance; flore rouge, rare type coli.

Culture en TB anaérobie : petites chaînes d'entérocoques rares. Type coli très abondant.

20 octobre 1931. — Suivi régulièrement à la consultation.

Excellent état cutané. N'a eu aucune récurrence.

OBSERVATION VIII

Erythème papulo-érosif avec eczématides.

(Obs. 34, Exp. XXX). — P... Maryse.

Antécédents maternels :

Première grossesse : avortement de 6 semaines.

Deuxième grossesse : gemellaire.

Maryse première jumelle, née le 11 mai 1930. P. N. : 2.450 gr.

Placenta : 1.200.

Au sein pendant 3 mois. Puis au lait condensé sucré.

Apparition de selles mélangées. Changement : lait de vache, écrémé.

A un mois a présenté des suppurations péri-unguéales qui se sont prolongées 3 mois.

A 2 mois intertrigo rétro-auriculaire bilatéral ; persistance pendant 2 mois tout en restant localisé, extension il y a 15 jours.

Le 26 septembre. — Présente un intertrigo rétro-auriculaire en voie d'assèchement. Intertrigo cervical. Toute la région cervicale est le siège d'un érythème squameux sec, débordant sur le thorax et limité par une collerette épidermique sèche.

Les régions fronto-pariétales sont recouvertes de squames grasses sur fond érythémateux.

Au siège, érythème papulo-vésiculeux du type « eczéma » et squameux ; nombreuses papulo-vésicules érodées avec zone érythémateuse.

Pas d'intertrigo. Pas de suintement.

Quelques éléments en bordure, avec collerette épidermique.

Au pied droit, tourniole du gros orteil en voie d'assèchement.

Prélèvement de squames :

Au niveau siège ; entérocoque.

Région cervicale : entérocoque à l'état de pureté.

Cuir chevelu : entérocoque.

Examen selles :

Exam. direct : flore bleue : courtes chaînes d'entérocoque très abondantes ; flore rouge très rare type coli.

29 septembre 1930. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique dilué.

1^{er} octobre. — Selles jaunes plus liquides.

Même état des lésions cutanées de la tête et du cou.

Grande amélioration du siège : l'érythème pâlit et l'éruption papulo-vésiculeuse s'atténue nettement.

2^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin entérococcique à 2 millions par cm³.

3 octobre. — Selles notablement améliorées.

Au point de vue cutané, amélioration nette : l'érythème de la ré-

gion cervicale est à peu près disparu ; il n'y a plus de desquamation. Au cuir chevelu la desquamation est plus fine et moins adhérente.

Le siège est presque guéri.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 2 millions.

6 octobre 1930. — Le siège est un peu plus rouge, plus érodé après application de vaseline.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

8 octobre 1930. — Amélioration marquée des régions cervicales. Le siège s'assèche.

5° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

10 octobre. — Amélioration du siège et du cuir chevelu.

6° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

13 octobre. — Siège très amélioré.

Reprise d'intertrigo rétro-auriculaire droit.

7° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

15 octobre. — Etat stationnaire coïncidant avec un petit épisode de selles vertes.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin dilué 1/4.

17 octobre. — 5 k. 480.

Le siège est complètement guéri. L'intertrigo rétro-auriculaire s'assèche.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin dilué au 1/4.

20 octobre. — Guérison à peu près complète.

L'intertrigo rétro-auriculaire s'améliore. Il persiste au cuir chevelu une très légère desquamation.

11° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin dilué au 1/4.

29 octobre. — Bon état. Guérison complète.

5 décembre. — 6 k. 520. Bon état.

IV. — ECZEMA INTERTRIGO AVEC ECZEMATIDES

OBSERVATION IX

(Ob. 14, Exper. XI). — D... Roger.

Mère présentant des stigmates d'hérédo-syphilis.

1^{er} procréateur : première grossesse à terme. Enfant vivant.

2^e procréateur : deuxième grossesse à terme. Enfant bien portant.

Troisième grossesse à terme. Enfant mort à 13 mois de méningite.

Quatrième grossesse : Roger.

Né à terme le 18 avril 1930. Poids de naissance : 2.900 gr. Placenta : 500 gr. Rapport fœto-placentaire : 1/5,8.

Allaitement maternel. Coryza dès la naissance. Frictions mercurielles (Gambéol).

A présenté au douzième jour (30 avril) un érythème fessier et, dès ce moment, 2 à 3 selles jaunes, verdissant à l'air et quelques régurgitations.

21 mai 1930. — 4 k. 100.

Gros enfant pâle ; craniotabes, micropolyadénopathie.

Etat cutané : vaste érythème intéressant le siège, les cuisses et les jambes jusqu'aux malléoles ; limite supérieure en avant au-dessus de l'ombilic, en arrière région lombaire. Lésions rouge vif, luisantes, vernissées, présentant au niveau des plis *quelques vésicules érosives*, bordure polycyclique avec collerette épidermique à lambeau flottant. Nombreux éléments aberrants à fine collerette de bordure.

Sur la face externe des cuisses, bande de peau saine. Au niveau du cuir chevelu et du front jusqu'aux sourcils, lésions érythémateuses recouvertes de squames grasses, épaisses, constituant une véritable calotte.

Prélèvement de squames :

a) Au niveau du cuir chevelu : entérocoque.

b) Sur région fessière : entérocoque.

Examen des selles :

a) Examen direct (méthode de Gram) : entérocoque très abondant ; type coli très rare.

b) Culture sur Truch bilié : entérocoque extrêmement abondant ; type coli très rare.

Examen chimique :

Dosage des acides organiques, 42 cm³ HCIN.

Intradermo-réaction : Vaccin antistreptococcique IP : négative.

22 mai. — Bon état général. Selles jaunes.

Acides organiques : 43 cm³ HCIN.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique (à 5 milliards par cm³) ; *pas de traitement externe*.

24 mai. — 4 k. 170.

Apparition sur le tronc et les membres supérieurs d'une éruption érythémato-squameuse sèche du type eczématide.

Le siège pâlit notablement, les collerettes épidermiques de bordure disparaissent par places.

Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.

Acides organiques : 38 cm³.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin entérococcique.

26 mai. — L'éruption s'efface, le siège est épidermisé; l'érythème du cuir chevelu très atténué, la desquamation commence, les squames grasses se détachent.

Selles verdissant à l'air, grumeleuses.

Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.

Acides organiques : 32 cm³.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

28 mai. — 4 k. 270.

Très grande amélioration de l'état cutané. Siège complètement épidermisé; les collerettes épidermiques de bordure et les éléments aberrants ont complètement disparu.

Erythème très diminué.

Selles d'aspect normal.

Examen des selles : examen direct et culture : entérocoque abondant.

Acides organiques : 38 cm³.

4° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique.

4 juin. — 4 k. 500.

Siège et tronc : il persiste un léger érythème, la guérison est à peu près complète.

Cuir chevelu et région sourcilière : fine desquamation.

Selles d'aspect normal.

Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.

Acides organiques : 39 cm³.

5° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin entérococcique.

6 juin. — 4 k. 630.

Lésions du tronc et du siège guéries; très légère desquamation du cuir chevelu.

Selles liquides.

Acides organiques : 30 cm³.

6° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

11 juin : 4 k. 750.

Poussée papulo-vésiculeuse à petits éléments au niveau de l'abdomen.

Reprise d'une légère desquamation au niveau de la région sourcilière.

Selles mélangées : 2 par jour.

Même bactériologie que précédemment.

Acides organiques : 35 cm³.

7° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

13 juin. — 4 k. 770.

Grande amélioration de l'état cutané.

Selles jaunes muco-granuleuses.

Même bactériologie.

Acides organiques : 38 cm³.

8° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

15 juin. — Selles muco-granuleuses.

Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque beaucoup moins abondant. Type coli plus abondant.

16 juin. — Guérison complète de l'affection cutanée.

Selles mélangées.

Bactériologie identique à celle du 15 juin.

Acides organiques : 25 cm³.

9° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

19 juin : 4 k. 920.

Selles normales.

Examen direct et cultures : entérocoque très peu abondant.

Acides organiques : 22 cm³.

10° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

4 juillet. — 5 k. 450.

Selles normales.

22 juillet. — 5 k. 940.

L'enfant guéri, reste pâle. Cranio-tabes. (Lactate de mercure).

16 septembre. — 7 k. 100.

La guérison s'est maintenue. Bon état général.

Frictions mercurielles (jambes).

23 janvier 1931. — Excellent état général (Lactate Hg).

A présenté, coïncidant avec une éruption dentaire, un petit placard finement vésiculeux du bras droit qui a très rapidement disparu.

Mai 1931. — L'enfant est suivi régulièrement à la consultation.

La guérison se maintient.

OBSERVATION X

(Obs. 39, Exp. XXXVI). — Al... Alg.

Rien de particulier dans les antécédents.

Première grossesse. Enfant né à terme le 7 septembre 1930. Poids de naissance 3.450 gr. Pendant 15 jours allaitement maternel exclusif, puis allaitement mixte : 2 tétées et 5 biberons de lait condensé sucré.

Début des lésions par le siège, au 15^e jour. Extension rapide, en trois semaines l'état actuel est réalisé.

Depuis cette époque 2 à 3 selles par jour : jaunes, liquides, grumeleuses.

Le 20 octobre 1930. — *Etat cutané* : Au niveau du siège, érythème en voie d'extinction, sans suintement ni fissuration.

Aux membres inférieurs il persiste en plusieurs points des élé-

ments avec collerette épidermique de bordure. Il existe quelques éléments jusqu'aux pieds.

Le tronc est envahi dans sa totalité. On note à peine quelques îlots de peau saine au niveau du thorax : éruption érythémato-squameuse sèche avec desquamation importante, remontant jusqu'à la région cervicale.

Les membres supérieurs présentent des placards érythémato-squameux secs et quelques petits éléments avec collerette épidermique. Les plis du coude et des aisselles sont atteints, avec lésions du même aspect.

A la face, le nez et les joues présentent des lésions érythémato-squameuses sèches. Les narines et le pourtour des lèvres sont respectés.

La racine du nez, le front et, en continuité, la totalité du cuir chevelu sont le siège de lésions érythémato-squameuses sèches à squames très abondantes constituant une véritable carapace. Intertrigo bilatéral rétro-auriculaire.

Prélèvement de squames :

Région frontale : entérocoque.

Région axillaire droite : entérocoque.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque en culture pure, pas de flore rouge.

22 octobre 1930. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin anti-entérococcique à 500 millions de germes par cm³.

27 octobre 1930. — 3 k. 920.

La desquamation du tronc est très atténuée. La calotte du cuir chevelu commence à se détacher. L'intertrigo rétro-auriculaire est asséché.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

29 octobre. — 4 k. 040.

L'érythème a complètement disparu. Il persiste une desquamation fine et légère du tronc.

L'état général est satisfaisant. Allaitement mixte. Selles jaunes.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

31 octobre. — 4 k. 175.

Il persiste quelques squames fines sur un épiderme redevenu sain.

4^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

3 novembre 1930. — 4 k. 250.

Guérison complète. Il persiste une très légère desquamation furfuracée du tronc.

En raison de la guérison, on arrête le traitement, malgré le petit nombre d'intradermo-injections, afin d'observer l'évolution.

5 novembre. — 4 k. 275.

Les selles sont *panachées* et le siège subit une légère reprise de

l'érythème. De même au niveau du tronc et du cuir chevelu la desquamation furfuracée est en légère recrudescence.

10 novembre. — L'enfant a eu une poussée fébrile (?).

L'érythème s'atténue.

12 novembre. — 4 k. 500.

Le tégument est normal. La guérison est complète.

25 novembre. — 5 k. 620.

L'enfant est revenu en parfait état. Au point de vue cutané la guérison est complète et persistante.

Le 17 juin 1931. — 8 k. 130.

Très bon état. Il n'y a eu aucune reprise de la dermite.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XI

(Obs. 3, Exp. XXIII). — R... Georgette.

Née à terme le 27 octobre 1929. — P. N. : 3.630 gr. — Placenta : 700 gr. Rapport fœto-placentaire : 1/5,2.

La mère a fait deux avortements. B.-W. = 8-8.

Allaitement mixte d'emblée. Sein et lait condensé. Selles liquides verdâtres, diarrhée prandiale.

Suivie et traitée à la consultation des enfants issus de souche H.-Σ., pour périostite temporale gauche.

Présente, vers fin novembre, un érythème fessier et une éruption érythémato-squameuse sèche intéressant le cou, les oreilles et le cuir chevelu.

Cet état persiste jusqu'en mars malgré divers essais thérapeutiques.

Le 19 mars 1930. — 5 k. 700.

Etat cutané : Intertrigo inguino-vulvaire. Fissuration et suintement du pli inguinal. L'éruption déborde largement sur la région vulvaire, la face antérieure et interne des cuisses, le pubis. A ce niveau, lésion sèche à bordure irrégulière, érythémato-squameuse, à fines squames, collerette épidermique de bordure très nette. Quelques petits placards aberrants.

Intertrigo rétro-auriculaire avec fissuration.

Lésions érythémato-squameuses sèches sur la conque et le tragus.

Otite droite en évolution.

Prélèvement de squames :

a) Au niveau de l'oreille : chaînettes et amas à Gram +.

b) Au niveau de l'abdomen : *idem*.

Intradermo-réaction : Vaccin antistreptococcique, IP.: négative.

Intradermo-injection : vaccin anti-entérococcique : positive : papule 1/2 cm. diamètre.

Le 26 mars 1930. — 5 k. 950.

27 heures après l'intradermo-injection apparition d'une réaction vive au niveau des éléments et d'une rougeur érythémateuse du visage. D'autre part atténuation de l'érythème du siège ; apparition d'îlots de peau saine, et disparition de la collerette épidermique.

L'intertrigo inguino-vulvaire est en voie d'assèchement.

2° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique (positive).

Le 28 mars 1930. — L'amélioration continue au niveau du siège.

De même, au niveau des oreilles les lésions s'assèchent, les squames disparaissent.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

31 mars 1930. — Reprise d'un petit suintement rétro-auriculaire.

Guérison de l'érythème fessier.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

Le 2 avril 1930. — 6 k. 060.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

Le 4 avril 1930. — Selles normales.

Guérison complète. Sillon rétro-auriculaire guéri.

Il persiste eczématisation de la conque en rapport avec une otite suppurée en évolution.

6° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 7 avril. — 6 k. 150.

Même état cutané malgré réapparition de selles vertes coïncidant avec période menstruelle de la mère (Potion eau chaux + sirop coings).

7° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique, fortement positive.

Le 9 avril. — 8° *Intradermo-injection* : 2 gouttes.

Le 6 juin 1930. — 6 k. 600.

Guérison maintenue et complète.

OBSERVATION XII

(Obs. 5, Exper. IX). — Gr... Marcel.

Né à terme le 5 janvier 1930 avec P. N. 3.450 gr. Placenta 500 gr.

Mère B.-W. : 0-0.

Au sein.

A présenté un érythème fessier ; rapidement le tronc, les joues et le cuir chevelu ont été le siège d'un érythème recouvert de squames grasses.

Le 11 février 1930. — A la consultation on note un eczéma sé-

borrhéique du cuir chevelu, de la face et du tronc pour lequel on institue un traitement par le collosol au goudron.

Le 19 mars 1930. — Etat cutané :

Au cuir chevelu alopecie à peu près complète (l'enfant avait des cheveux à la naissance). Le cuir chevelu est recouvert de squames sèches, adhérentes, sur fond d'érythème.

Le front jusqu'aux sourcils présente les mêmes lésions.

Au niveau du tronc il existe un vaste érythème à point de départ fessier intéressant l'abdomen et les cuisses jusqu'aux genoux.

Au-dessus de l'ombilic rougeur intense, suintant seulement au niveau des plis. Ailleurs, la lésion est sèche, érythémato-squameuse, à bordure diffuse, avec des squames fines.

Prélèvement de squames :

Au cuir chevelu : entérocoque.

Abdomen : entérocoque.

Intradermo-injection vaccin antistreptococcique : négative.

Intradermo-injection vaccin entérococcique : négative.

Selles vertes odorantes, mal liées.

26 mars 1930. — 2^e Intradermo-injection d'une goutte de vaccin anti-entérococcique.

28 mars 1930. — Grande amélioration. Les squames de la région frontale et du cuir chevelu se détachent spontanément laissant à nu un épiderme rosé.

Les régions fessière et abdominale sont améliorées : les plis sont secs, le suintement a disparu, de nombreux îlots de peau saine apparaissent.

Les selles sont jaunes, moins odorantes, mieux liées.

3^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.

31 mars 1930. — La région frontale est guérie.

Au niveau du cuir chevelu l'amélioration se poursuit : il persiste quelques squames.

4^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.

Le 2 avril 1930. — 4 k. 450.

Selles normales, jaunes.

Cuir chevelu et le visage sont en bon état.

Le siège est un peu plus rouge, luisant, suintant.

Quelques squames sur la région dorsale et légère eczématisation de l'oreille droite avec fissure rétro-auriculaire.

5^e Intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

Le 4 avril 1930. — Meilleur état. Au point de vue cutané grande amélioration : desquamation lamellaire, la peau blanchit, il n'y a plus de suintement.

6^e Intradermo-injection : 3 gouttes vaccin.

Le 7 avril 1930. — 4 k. 450.

L'enfant est un peu pâle. Selles mélangées.

Le siège est très amélioré, moins rouge.

Apparition au niveau du visage et de la région cervicale de petits éléments de parakératose.

7° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 9 avril. — Meilleur état des selles. Reprise de poids, 50 gr. en 24 heures.

Etat cutané stationnaire.

8° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 2 mai. — 4 k. 600.

Selles mélangées. Début d'allaitement mixte : 5 tétées + 2 biberons de lait condensé.

Grande amélioration de l'état cutané : seul le siège est encore érythémateux, sans squames et sans suintement.

On note une petite lésion cervicale érythémato-squameuse.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin et localement pommade au lysat-vaccin entérococcique.

Le 9 mai 1930. — 4 k. 790.

10° *Intradermo-injection*.

6 tétées. Selles jaunes un peu pâles. Jus de fruit.

Il persiste un léger érythème fessier.

Le 16 mai 1930. — 5 k. 060.

Selles bien liées.

Guérison complète de la peau.

Le 24 mars 1931. — 8 k. 700.

Enfant en excellent état général.

Etat cutané se maintient depuis mai dernier parfaitement guéri sans aucune nouvelle atteinte.

OBSERVATION XIII

(Obs. 21, Exp. XVIII). — D... Yvette.

Parents Σ.

Première grossesse : enfant né à terme décédé subitement à 13 jours.

Deuxième grossesse : Yvette née à terme le 10 mai 1930 avec poids de naissance 3 kg. Placenta 300 gr.

Allaitement mixte : sein et lait condensé sucré Nestlé.

Erythème fessier au 15^e jour coïncidant avec selles liquides mousseuses. Rapidement apparition de lésions érythémato-squameuse du dos, des bras.

Le 11 juin 1930. — *Présente au point de vue cutané* une eczématisation du front et des régions sourcilières du type érythémato-squameux à squames fines et grasses.

Intertrigo cervical.

Au niveau des membres supérieurs et du tronc, léger érythème avec desquamation furfuracée.

Le siège et les membres inférieurs présentent une éruption papulo-vésiculeuse avec de nombreux éléments asséchés et collerette épidermique de bordure.

Prélèvement de squames :

Au niveau des cuisses, culture en T. B. : entérocoque et quelques levures.

Examen des selles :

Examen direct : Pas de globules gras. Pas de flore iodophile.

Examen direct (méthode de Gram) : entérocoque très abondant; rare type coli.

Intradermo-réaction : 1 goutte vaccin antistreptococcique : négative.

13 juin 1930. — 3 k. 750.

1^{re} *Intradermo-injection de vaccin anti-entérococcique* : 1 goutte vaccin à 5 milliards de germes par cm³.

16 juin 1930. — Siège très amélioré.

Squames grasses très abondantes au niveau de la région frontale et du cuir chevelu.

Examen des selles :

Mêmes résultats. Entérocoque très abondant, en culture pure. Pas de type coli.

2^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique.

18 juin. — 3 k. 775.

Meilleur état.

3^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

20 juin. — Examen des selles : mêmes résultats bactériologiques.

4^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

23 juin. — Bon état.

Grande amélioration cutanée. Les squames grasses de la région sourcilière se détachent.

5^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

16 juillet 1930. — 4 k. 280.

Bon état cutané.

21 novembre 1930. — 7 k. 040.

Guérison maintenue depuis 5 mois.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque peu abondant, en fines chaînes; type coli peu abondant; nombreux leucocytes.

Culture : entérocoque en petites chaînes 50 %, coli 50%.

OBSERVATION XIV

(Obs. 16, Exp. XIII). — M... Monique.

Née à terme le 6 avril 1930. Poids de naissance : 3 k. 570.

Allaitement maternel.

Jusqu'au 25 avril (19 jours) aucun trouble notable : pas d'ictère, pas de vomissement, selles jaunes normales. A partir de cette date selles vertes diarrhéiques et coïncidant avec ces troubles intestinaux apparition d'un érythème fessier. Extension rapide, en 5 ou 6 jours et apparition d'une réaction eczématoïde intéressant la région fessière, les cuisses, l'abdomen, la région cervicale, le visage et le cuir chevelu.

16 mai 1930. — 3 k. 990.

Etat cutané : Vaste eczématisation intéressant le siège, les membres inférieurs, de l'ombilic aux régions plantaires.

Au niveau des fesses et des régions génitales lésion rouge, lisse, vernissée, humide. Au niveau des autres régions lésion érythémato-squameuse. Bordure diffuse constituée tantôt par une lésion sèche érythémato-squameuse, tantôt par une collerette épidermique à bandeau flottant. Nombreux points aberrants constitués par une petite lésion érythémato-squameuse.

A la face lésions du type eczématoïde : lésions érythémateuses humides, luisantes, à bordure squameuse, à allure extensive remontant jusqu'au vertex.

Intertrigo rétro-auriculaire.

Prélèvement de squames :

Au niveau de l'abdomen et de la face : culture : entérocoque.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque extrêmement abondant en culture pure, pas de flore rouge.

Culture T. B. : entérocoque extrêmement abondant.

Intradermo-réaction : vaccin antistreptococcique : négative.

26 mai. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique ; 5 milliards par cm³.

28 mai. — 3 k. 970.

Vomissements fréquents (Potion citrate de soude) ; selles vertes mélangées moins fréquentes.

30 mai. — Au niveau de la face et du cou, apparition de quelques éléments de parakératose en gouttes.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

2 juin. — 4 k. 025.

Examen des selles : examen direct et culture : entérocoque abondant.

Etat cutané : au visage l'érythème s'atténue, la desquamation est plus fine.

Dans la région cervicale les parakératoses en goutte sont plus importantes.

De la région thoracique aux pieds, l'érythème est encore marqué mais sans suintement, sans fissuration des plis.

Apparition sur les cuisses de quelques îlots de peau saine.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

4 *juin.* — Meilleur état : ne vomit plus. 3 selles par jour encore liquides mais jaunes.

Au point de vue cutané, très grande amélioration : l'érythème pâlit, les plis s'assèchent, les squames de la face disparaissent. L'intertrigo rétro-auriculaire est sec.

Les éléments parakératosiques de la région cervicale sont entièrement desquamés et plus pâles.

4° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

6 *juin.* — 4 k. 130.

L'érythème est très atténué. Le cuir chevelu desquame par larges lambeaux. Nombreux îlots de peau saine.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque en culture pure, surtout forme d'involution. Pas de flore rouge.

Culture : entérocoque très abondant.

5° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

11 *juin.* — 4 k. 100.

Toutes les lésions sont asséchées. L'érythème est extrêmement atténué. Il persiste une fine desquamation.

L'enfant présente une otite.

6° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

13 *juin.* — Otite bilatérale.

Selles un peu plus liquides.

La desquamation s'atténue.

7° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Examen des selles :

Examen direct : pas de flore iodophile.

Méthode de Gram. Flore bleue : entérocoque moins abondant, mais en culture pure (surtout forme d'involution). Pas de flore rouge.

Culture : entérocoque en culture pure, forme involution.

16 *juin.* — 4 k. 200.

8° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

20 *juin.* — 9° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Examen des selles : donne à l'examen direct et à la culture les mêmes résultats.

23 *juin.* — Selles sont encore liquides, vertes.

10° *Intradermo-réaction* : 2 gouttes de vaccin.

27 juin. — Au point de vue cutané, amélioration notable : la desquamation a disparu. L'érythème est très pâle.

30 juin. — Guérison complète. Selles normales.

OBSERVATION XV

(Obs. 38, Exp. XXXV). — T... Michèle.

Mère traitée depuis 5 ans. B.-W. : 8-8.

Première grossesse 1926 : 2 jumeaux mort-nés.

Deuxième grossesse 1927 : fille à terme, bien portante.

Troisième grossesse à terme : Michèle.

Née à terme le 13 août 1930. Poids de naissance 4 k. 320. Placenta 780 gr.

Allaitement maternel.

Une série de frictions mercurielles dès la naissance.

Vers le 10^e jour : bulles de pemphigus épidémique rapidement guéries. Puis épisode diarrhéique (diarrhée verte), suivi, vers la fin du premier mois, par l'apparition d'un érythème du siège.

Le 10 octobre 1930. — 4 k. 950.

Au sein. Pas de troubles digestifs : une seule selle par jour, jaune un peu mélangée.

Au point de vue cutané : le siège et la région génitale présentent un érythème diffus, non luisant, non suintant.

La partie inférieure de l'abdomen, la face interne des cuisses, la région lombaire sont le siège d'une éruption finement papulo-vésiculeuse. Le pourtour de cette vaste lésion est polycyclique avec collerette épidermique de bordure. Nombreux éléments aberrants lenticulaires ou ovalaires constitués par un centre érythémateux et limités par une collerette épidermique de bordure.

Intertrigo des plis des cuisses.

Au niveau de la région axillaire début d'érythème.

Au cuir chevelu début de squames grasses épaisses.

Prélèvement de squames :

Région dorsale : entérocoque forme d'involution et type coli ; quelques levures.

Siège : *idem*.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque très abondant, surtout forme d'involution. Type coli.

13 octobre. — 1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique à 2 milliards de germes par cm³.

15 octobre. — Selles un peu constipées.

Amélioration de l'état cutané, nette sur le plan postérieur.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

17 octobre : 5 k. 020.

L'érythème très atténué.

Vomissements et constipation (Lactate de Hg).

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

20 octobre. — Petite poussée érythémateuse du siège. Apparition d'un petit placard érythémateux de la joue gauche ; poussée en rapport avec un écart de régime de la nourrice (moules marinières).

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

22 octobre. — La poussée est enrayée. Il ne persiste, au niveau du siège, qu'un érythème léger et la collerette de bordure de la limite sus-pubienne.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 2 milliards.

24 octobre 1930. — 5 k. 270.

Bon état. Selles un peu grumeleuses.

On note la persistance de quelques petits éléments à collerette épidermique dans la région sus-pubienne.

6° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 2 milliards.

27 octobre 1930. — Le siège est presque guéri.

Au niveau des joues apparition d'une éruption papulo-vésiculeuse.

Sur la tête quelques squames grasses.

7° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin à 2 milliards (positive, papule de 4 millimètres de diamètre).

29 octobre. — L'état du siège est stationnaire. Mais au niveau du visage les lésions s'assèchent et les squames grasses du cuir chevelu sont tombées.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

7 novembre. — Episode diarrhéique : 6 selles vertes liquides, mousseuses ; une petite reprise de l'érythème ; 2 biberons de biberon.

14 novembre. — 5 k. 760.

Disparition des troubles digestifs. Au sein exclusivement. Amélioration cutanée très notable.

20 mars. — 8 k.

Guérison complète maintenue depuis 20 novembre.

Bon état général.

OBSERVATION XVI

(Obs. 22, Expér. XIX). — L... Monique.

Née à terme le 12 avril 1930. Poids de naissance 3 k. 650. Placenta 650 gr.

Pendant quelques jours allaitement maternel. Puis allaitement artificiel (lait condensé).

Le 25 avril apparaît un érythème fessier.

Le 13 juin. — 4 k. 700.

Bon état général. L'enfant à des selles liquides.

Au point de vue cutané : vaste érythème intéressant le tronc dans sa totalité, le siège et les membres inférieurs.

Les régions cervicale et occipitale sont également atteintes : lésions érythémato-squameuses sèches.

Pas de suintement des plis.

Prélèvement de squames :

Région thoracique : entérocoque.

Examen des selles :

Entérocoque. Pas type coli.

Intradermo-réaction vaccin anti-streptococcique ; négative.

Le 16 juin 1930. — 4 k. 550.

Examen des selles :

Examen direct : pas de globules gras, ni de flore iodophile.

Méthode de Gram : entérocoque ; rare type coli.

Culture : entérocoque abondant, forme d'involution.

1^{re} *Intradermo-injection* : une goutte de vaccin anti-entérococcique (à 5 milliards de germes par cm³).

18 juin. — L'érythème pâlit.

Examen des selles : mêmes résultats bactériologiques.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

20 juin. — 4 k. 620.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

23 juin. — 4 k. 640.

L'érythème continue à s'atténuer. La desquamation est plus fine.

Examen des selles : mêmes résultats.

4^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

25 juin. — *Examen des selles* :

Examen direct : entérocoque abondant, levures. Pas de type coli.

Culture : entérocoque et bacilles type coli.

5^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

27 juin. — Très grande amélioration cutanée. L'érythème a disparu, sauf une légère rougeur au niveau de la face interne des cuisses et du cuir chevelu. Il n'y a plus de desquamation.

6^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

30 juin. — Guérison.

2 juillet. — 4 k. 750.

Bon état. Selles jaunes.

Guérison.

OBSERVATION XVII

(Obs. 62, Expér. LVIII). — S... Madeleine.

Antécédents maternels : B.-W. 5.5.

Née à terme le 29 janvier 1931. Poids de naissance 2 k. 970. Placenta 530 gr.

Exclusivement au sein (7 tétées). Selles fréquentes, jaunes, liquides, 5 à 6 par jour.

Avant sa sortie de la Maternité (au 12^e jour) l'enfant présentait déjà une dermite fessière.

Le 12 février 1931. — L'enfant est vue à la consultation pour la première fois atteinte d'érythème intertrigo avec eczématides.

Rougeur diffuse intéressant la totalité des régions fessières et génitales, les faces internes et postérieures des cuisses descendant jusqu'aux régions talonnières, remontant en haut jusqu'à la région pubienne en avant, jusqu'à la région lombaire en arrière.

Vaste lésion à contours festonnés avec collerette épidermique de bordure à large lambeau flottant.

Au niveau de l'abdomen, sur un fond d'érythème assez pâle, nombreux éléments aberrants constitués par de nombreuses petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle, confluentes par place.

Au niveau du genou droit un élément pustuleux de la grosseur d'une petite lentille.

Les membres supérieurs sont sains.

Au niveau de la face : les joues, le menton, le front présentent une petite éruption papulo-vésiculeuse type miliaire.

Prélèvement de squames :

Jambe droite : entérocoque abondant, quelques bacilles type coli.

Jambe gauche : entérocoque abondant, quelques bacilles type coli.

Région pubienne : entérocoque abondant, quelques bacilles type coli.

Région lombaire : entérocoque abondant, quelques bacilles type coli.

20 février 1931. — Les lésions se sont étendues.

Le siège, les sphères génitales, la totalité des membres inférieurs y compris la face dorsale des pieds, les malléoles sont intéressés par une rougeur diffuse, sombre, vernissée, recouverte de squames fines.

Seule une mince bande, au niveau de la face antérieure des jambes, est en partie respectée : on y note une fine desquamation furfuracée sur un fond de peau pâle.

Ces lésions remontent en haut et en avant jusqu'à la région sous-mamelonnaire, intéressant tout l'abdomen. Du pli inguino-pubien jusqu'au rebord costal, les squames sont épaisses, confluentes, psoriasiformes.

En arrière, toute la région dorsale jusqu'à la nuque et à l'occiput est intéressée.

La partie supérieure du thorax est couverte d'une fine éruption papulo-vésiculeuse.

Au niveau des membres supérieurs rougeur vive de la face antérieure des bras et des avant-bras, beaucoup plus accentuée, de chaque côté, au niveau du pli du coude où il existe des squames sèches épaisses.

La région cervicale est tout entière le siège d'un érythème, peu marqué, avec squames abondantes. Cet érythème s'étend en placards au niveau des régions deltoïdiennes.

Au niveau de la face le nez seul est respecté :

lésions discrètes et disséminées papulo-vésiculeuses des joues, du menton, de la lèvre supérieure ;

lésions érythémato-squameuses de la racine du nez et du front, formant la barre sourcilière classique.

Tout le cuir chevelu est également intéressé : lésions papulo-squameuses en placards avec squames grasses très abondantes, prédominantes au niveau de la région de la nuque et de l'occiput.

Intertrigo rétro-auriculaire bilatéral.

L'enfant est exclusivement au sein. Elle présente des selles jaunes d'aspect normal, fréquentes (5-6 par jour).

27 février. — 3 k. 280.

Au point de vue général, l'état est satisfaisant.

L'enfant vient de prendre pendant dix jours un milligramme de calomel.

Pour soulager la mère on donne à l'enfant 2 biberons de lait sec. Même état cutané.

10 mars. — 3 k. 570.

Dans l'ensemble l'érythème est moins intense.

On institue le traitement par vaccin entérococcique par voie buccale : tous les 2 jours.

17 mars. — 3 k. 750.

Amélioration cutanée. Les squames du cuir chevelu se détachent.

Les selles sont normales.

On poursuit le traitement.

24 mars. — 4 k.

L'amélioration continue. Le siège est sain.

L'enfant a pris 7 ampoules de vaccin; on continue le traitement.

7 avril. — Au total l'enfant a pris 16 ampoules de vaccin. Le traitement est fini depuis 5 jours.

Bon état général.

Au point de vue cutané guérison complète : siège, face sont complètement sains. 4 k. 300.

23 juin. — 5 k. 860.

L'enfant prend 5 biberons de lait de vache.

En mai, à l'occasion d'un petit épisode diarrhéique, l'enfant a présenté un léger érythème papulo-érosif fugace du siège.

La peau est actuellement absolument saine.

L'état général est excellent.

OBSERVATION XVIII

(Obs. 40, Exp. XXXVII. — A... Jacques.

Antécédents maternels : Σ .

Poids de naissance 3 k. 120. Placenta 600 gr. R.F.P. 1/5.

Au sein exclusivement. A toujours présenté des selles vertes liquides post-prandiales.

A la sortie de la Maternité, au 12^e jour, avait un érythème fessier et quelques éléments de pyodermite au niveau du cuir chevelu.

Le 24 octobre 1930. — Se présente avec un érythème diffus des membres inférieurs, du tronc et de l'abdomen, reliquat d'un vaste érythème fessier.

Au thorax, aux membres supérieurs et au niveau de la région cervicale, lésions érythémato-squameuses à squames grasses.

A la face, la partie inférieure du visage est respectée, la région sourcilière est recouverte de squames grasses épaisses.

Au cuir chevelu, calotte de squames épaisses.

Intertrigo de la région rétro-auriculaire et de la région cervicale postérieure.

3 k. 240. — L'état général est médiocre : l'enfant est pâle, la fontanelle déprimée. Foie et rate normaux.

Prélèvement de squames :

Au niveau de la région deltoïdienne droite : entérocoque et un bacille à Gram négatif, type coli abondant.

Au niveau du cuir chevelu : *idem*.

31 octobre. — Après quelques jours de babeurre l'état des selles s'est amélioré. L'enfant est remis au sein. On institue une cure de lactate d'Hg.

14 novembre 1930. — 3 k. 830.

L'état général est meilleur. Allaitement mixte : 3 tétées au sein et 3 biberons de lait sec.

Au point de vue cutané, état stationnaire ; le siège toujours érythémateux présente une éruption papulo-vésiculeuse à assez gros éléments.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 petite goutte de vaccin anti-entéro-coccique à 500 millions de germes par cm³.

17 novembre. — 2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

21 novembre. — 4 k. 100.

Au cuir chevelu la desquamation est très atténuée.

Le siège n'est plus érythémateux, il persiste la trace des papules.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

24 novembre. — 4^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard 600 millions par cm³.

28 novembre. — 4 k. 460.

L'enfant a eu deux selles diarrhéiques n'ayant pas eu de lait en poudre.

Légère accentuation de l'érythème du siège : une zone d'éléments papuleux est apparue à la partie externe de la cuisse droite.

5^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

1^{er} décembre. — L'érythème est en voie de disparaître.

6^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

3 décembre. — 7^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

8 décembre. — 8^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

12 décembre. — 4 k. 680.

Depuis deux jours coryza et légère trachéo-bronchite.

Petite poussée au niveau du siège avec léger suintement.

24 décembre. — 4 k. 500.

Un essai de cure de calomel à « doses filées » a provoqué une reprise de l'érythème : diffus, rouge, vernissé, intéressant les fesses, les sphères génitales, la face postérieure des cuisses.

11 février 1931. — Les selles sont un peu vertes depuis que l'enfant prend du lait condensé sucré (revenir au lait sec).

Même état de la dermite. Quelques petits éléments au niveau de la face. Intertrigo rétro-auriculaire.

Vaccin buccal : tous les 2 jours : 1/2 cm³ vaccin entéro-coccique à 2 milliards par cm³.

27 février. — A pris 4 ampoules de vaccin. Bien supporté.

L'érythème s'atténue.

Le 3 mars. — Grande amélioration cutanée.

A pris au total 7 ampoules de vaccin.

Le 10 mars. — A l'occasion d'une poussée dentaire : rechute.

Réapparition de l'érythème fessier avec éruption vésiculeuse du visage.

27 mai. — L'enfant présente au niveau du siège une lésion érythémato-squameuse sèche avec quelques reliquats de papules encore indurées siégeant sur la convexité des fesses.

La lésion, qui intéresse la face postérieure des cuisses, du scrotum, des fesses, est limitée par une bordure squameuse.

Pas d'intertrigo.

L'abdomen et la partie supérieure du tronc sont le siège d'une éruption constituée par des petits papules simulant une miliaire, mais sur un fond ortié.

La région cervicale, la partie inférieure du visage et les membres supérieurs présentent le même type éruptif.

Intertrigo rétro-auriculaire gauche.

Au niveau des régions temporales et frontales, on note le même type éruptif. Le cuir chevelu est érythémateux.

Le 3 juin. — Intertrigo rétro-auriculaire persiste. L'éruption du tronc et de la face a disparu. Il persiste un érythème finement squameux et des éléments ortiés fugaces.

Selles moulées jaunes verdâtres, fétides.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoques très abondants, flore rouge rare. L'enfant n'est pas revu à la consultation.

OBSERVATION XIX

(Obs. 58, Exp. LV). — B... Colette.

Antécédents :

Première grossesse : à terme, enfant vivant bien portant.

Deuxième grossesse : enfant mort à 18 jours d'hémorragie ombilicale.

Troisième grossesse : à terme, fille vivante bien portante.

Quatrième grossesse : fausse-couche 6 semaines.

Cinquième grossesse : Colette née à terme le 27 novembre 1930.

Poids de naissance : 3.700 gr. Placenta : 590 gr.

Enfant bien constituée. Au sein. Selles mélangées.

Présente vers le 15^e jour un suintement hémorragique de l'ombilic.

Le 26 décembre. — Présente depuis le 11^e jour un vaste érythème fessier : rougeur diffuse intéressant la région fessière, la vulve, descendant au niveau de la face interne des cuisses jusqu'à mi-mollet, remontant sur l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

Lésions à contours polycycliques avec collerette épidermique de bordure à lambeau flottant, et nombreux éléments aberrants à la périphérie, surtout nombreux au niveau de l'abdomen ; ces petits éléments présentent une collerette épidermique.

On note, en outre, une petite lésion érythémato-squameuse au niveau du sourcil gauche ; au niveau de la région cervicale lésion érythémato-squameuse des plis.

Prélèvement de squames :

Région abdominale : entérocoque et type coli abondant.

Face interne des cuisses : entérocoque peu abondant, type coli très abondant.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque très abondant.

Le 2 janvier 1931. — Début de traitement par la voie buccale.

Tous les 2 jours, $1/2$ cm³ de vaccin anti-entérococcique à 1 milliard 600 millions par cm³.

Le 9 janvier. — 4 k. 600.

La rougeur diffuse du siège persiste s'étendant jusqu'aux mal-léoles. Les lésions de la partie inférieure de l'abdomen avec collerette épidermique de bordure ont complètement disparu.

Apparition de lésions érythémato-squameuses au niveau des deux sourcils.

On poursuit le traitement : 1 cm³ tous les 2 jours.

Le 16 janvier. — 4 k. 820.

Bon état général. Pas de troubles digestifs.

Au point de vue cutané amélioration très sensible.

Au siège et aux membres inférieurs l'érythème est très atténué, les lésions sont sèches, épidermisées.

L'abdomen ne présente plus de lésions.

Au niveau de la face quelques squames grasses persistent au niveau des sourcils.

Le 23 janvier. — Les squames des sourcils se détachent.

On continue le traitement jusqu'à la fin du mois de janvier : l'enfant a pris au total 17 ampoules de vaccin.

Le 11 février. — Récidive au niveau du siège : érythème diffus rouge vif non suintant, intéressant surtout la face interne des cuisses.

Quelques squames grasses au niveau de la région temporale droite.

Prélèvement de squames :

Au niveau de la cuisse gauche :

Entérocoque et type coli.

13 février. — 5 k. 650.

Même état.

1^{re} Intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique à 400 millions par cm³.

16 février. — L'érythème est aussi intense mais la collerette épidermique de bordure a disparu.

2^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin à 600 millions.

20 février. — Amélioration sensible : l'érythème est très atténué.

Apparition d'îlots de peau saine.

3^e Intradermo-injection : 1 goutte de vaccin à 1 milliard.

23 février. — Guérison complète de l'érythème fessier. Les squames grasses du cuir chevelu se détachent.

27 février. — 5 k. 910.

Guérison complète.

OBSERVATION XX

(Obs. 61, Expér. LVII). — D... Jean.

Antécédents héréditaires :

Premier procréateur : première grossesse : fille vivante, 16 ans, bien portante.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré. Enfant mort à 8 jours.

Deuxième procréateur (aurait été traité pour syphilis pendant 3 ans) : troisième grossesse : enfant né à terme, mort de méningite à 2 mois.

Quatrième grossesse : Jean, né près du terme, le 1^{er} janvier 1931. Poids de naissance : 3 k. 250. Placenta : 550 gr.

Exclusivement au sein : 7 tétées. Pas de vomissement ; 4 selles un peu liquides.

Apparition de l'érythème fessier vers le 15^e jour. Depuis extension progressive.

Le 11 février. — Présente rougeur diffuse, lie de vin, brillante intéressant la région fessière, les sphères génitales, la face interne des cuisses, les jambes jusqu'au niveau des malléoles, remontant au niveau de l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

Large collerette épidermique de bordure. A la périphérie nombreux éléments aberrants, arrondis, disséminés jusque sur la surface externe des cuisses et vers la région lombaire. Quelques éléments épars avec lambeau épidermique flottant, sur l'abdomen et la région thoracique antérieure.

Rien sur les membres supérieurs.

La région cervicale en totalité et les régions deltoïdiennes sont intéressées. Elles présentent de nombreux éléments érythémateux, confluents par place avec squames abondantes.

Nombreux éléments au niveau des régions sous-maxillaires.

Squames grasses sur fond d'érythème au niveau des sourcils.

Intertrigo rétro-auriculaire prédominant à droite.

Au niveau du cuir chevelu larges zones érythémateuses avec squames grasses.

Prélèvement de squames :

Région cervicale : entérocoque extrêmement abondant et type coli.

Région abdominale : entérocoque extrêmement abondant et type coli.

Cuisse gauche : entérocoque extrêmement abondant et type coli.

Région pubienne : entérocoque extrêmement abondant et type coli.

Examen des selles :

Examen direct (méthode de Gram) : entérocoque à l'état de culture pure, pas de type coli.

Culture : entérocoque assez abondant. Type coli.

13 février. — 4 k. 200.

Coryza avec sécrétion abondante depuis le 8^e jour.

Foie débordant, grosse rate.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique à 400 millions par cm³.

16 février. — L'érythème des régions fessières et des membres inférieurs s'atténue.

Au niveau des régions cervicales et deltoïdiennes l'érythème est aussi moins intense, avec desquamation facile et abondante.

Apparition d'éléments nouveaux au niveau de la face ; squames grasses en barre au niveau des sourcils et du front, quelques éléments disséminés au niveau des joues. Le cuir chevelu jusqu'au vertex est le siège d'une vaste lésion érythémato-squameuse avec apparition de squames grasses.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

18 février. — Dans l'ensemble légère atténuation de l'érythème, mais on note quelques nouvelles lésions dans les régions axillaires.

Les squames grasses du front sont plus épaisses. Au cuir chevelu elles s'organisent en une véritable calotte.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

20 février. — 4 k. 320.

Amélioration du siège où il persiste cependant quelques collerettes épidermiques.

Au niveau du cuir chevelu les lésions s'organisent.

4^e *Intradermo-réaction* : 1 goutte vaccin à 1 milliard de germes par cm³.

23 février. — L'amélioration continue. L'érythème du siège continue à s'atténuer.

Au niveau du front et du cuir chevelu la « calotte » de squames se craquèle et la desquamation commence.

Bon état général.

5^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

25 février. — Amélioration très marquée. L'érythème a perdu sa teinte vive : il est saumoné. La desquamation est facile : les squames grasses du cuir chevelu se détachent.

6^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

27 février. — 4 k. 430.

Amélioration très marquée. Apparition d'îlots de peau saine au niveau du cuir chevelu.

7^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

2 mars. — L'amélioration continue. L'érythème est maintenant très pâle et les squames du cuir chevelu continuent à se détacher.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard 500 millions.

4 mars. — Toute la région pariétale droite est débarrassée de ses squames.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard 500 millions.

6 mars 1931. — 4 k. 500.

Les deux régions pariétales sont nettes.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

9 mars. — 11° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

11 mars. — 12° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Au point de vue cutané : guérison presque complète. Il persiste seulement au niveau du cuir chevelu une zone compacte de squames grasses de la grandeur d'une petite paume de main.

Par ailleurs la peau est absolument saine.

L'enfant est traité régulièrement pour hérédosyphilis (grosse rate, coryza, circulation veineuse collatérale. Insomnie. Cris nocturnes).

Pas de vomissements. Selles jaunes.

5 mai. — L'enfant présente une nouvelle poussée des lésions, strictement localisée au niveau du front et du cuir chevelu : érythème foncé couvert de squames grasses abondantes.

Le siège et le corps sont sains.

L'enfant a 4 tétées et 2 biberons de lait sec. Une seule selle par jour un peu glaireuse.

Tout ceci coïncidant avec le retour de couches de la mère.

On refait une série de vaccination.

1° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin anti-entérocoque à 100 millions de germes au cm³.

29 mai 1931. — Le front est net.

2° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 200 millions.

5 juin. — 3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

8 juin. — 4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

12 juin. — 5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 750 millions.

15 juin. — 6° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard.

17 juin. — 7° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard 500 millions.

19 juin. — 8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

21 juin. — 9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

24 juin. — 10° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

Il persiste seulement quelques squames grasses sur le cuir chevelu.

26 juin. — 11° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

29 juin. — 12° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

Cette dernière intradermo-injection est positive.

Bon état, les squames tombent.

19 juillet. — Excellent état cutané.

20 octobre. — L'enfant est en bon état. Il n'a plus présenté de manifestations cutanées.

V. — ECZEMATIDES GENERALISEES

OBSERVATION XXI

Obs. 1, Exp. I). — D... Lucienne.

Née à terme le 16 janvier 1930. Poids de naissance : 2 k. 980. Placenta : 370 gr.

Au sein pendant 9 jours, puis à l'allaitement mixte (lait condensé Mont-Blanc et sein).

Présente à 26 jours un érythème fessier qui prend très vite de l'extension malgré les traitements.

Au 30° jour l'éruption est généralisée, du type érythémato-squameux qui persiste 20 jours après son apparition, quand l'enfant est présentée à la consultation.

Le 7 mars 1930. — Elle présente une vaste éruption généralisée, érythémato-squameuse sèche, circonscrivant quelques îlots de peau saine. Le siège est à peu près indemne, mais les membres inférieurs, la région cervico-scapulaire, le dos, le cuir chevelu sont intéressés en totalité. La face présente 50 % d'intervalle de peau saine.

Les lésions ne présentent ni suintement, ni pustules, mais on note une desquamation lamellaire, de squames fines, blanches, peu adhérentes.

Ensemencement de squames en cultures anaérobies sur bouillon-sérum. Toutes les cultures sont positives dans tous les tubes, 5 jours après, et montrent à l'examen des chaînes et des amas prenant le Gram.

Ces cultures centrifugées et lavées à l'eau physiologique servent à préparer un auto-vaccin J. O. D (5 milliards de germes par cm³).

Des examens successifs après repiquage sur bouillon, sang, gélose, décèlent toujours l'entérocoque.

Intradermo-réaction vaccin anti-streptococcique J. O. D. dilué 1/10 : négative.

Intradermo-réaction auto-vaccin anti-entérococcique (20 milliards par cm³) : négative.

On pratique de deux en deux jours des intradermo-injections d'une goutte d'auto-vaccin.

Dès les premières injections on peut noter une amélioration cutanée nette : atténuation de l'érythème et desquamation très diminuée.

Après la 3^e intra-injection le tronc est guéri.

Après la 4^e la guérison est complète, il persiste un léger érythème et quelques squames au cuir chevelu.

Après la 5^e on note une petite irritation fessière coïncidant avec quelques vomissements et des selles brouillées.

On pratique huit intradermo-injections.

L'état général est bon, la courbe pondérale régulière.

On revoit l'enfant vingt jours après la dernière injection : l'état général est bon, les selles normales.

Au point de vue cutané : la guérison est complète au niveau du corps, du cuir chevelu, des membres inférieurs.

Il persiste un intertrigo rétro-auriculaire.

OBSERVATION XXII

Obs. 11, Exp. VI). — B... Jean.

Né de mère syphilitique traitée deux ans à Saint-Louis.

Né le 21 mars 1930. P. N. : 2 k. 600. Placenta : 470 gr.

Au sein six jours, puis allaitement mixte avec lait condensé.

Au 17^e jour, le 7 avril, début de l'érythème fessier.

Le 28 avril. — Erythème généralisé, avec de rares intervalles de peau saine. Seule la partie inférieure de la face est respectée.

Les lésions sont sèches, érythémato-squameuses, avec squames fines lamellaires ; au niveau de l'anus quelques érosions en voie de cicatrisation.

Selles jaunes verdâtres mal liées.

Prélèvement de squames ;

Au niveau du tronc : entérocoque.

Examen selles :

Culture : entérocoque en culture pure.

Intradermo-réaction au vaccin antistreptococcique J. O. D : négative.

1^{re} *Intradermo-réaction au vaccin entérococcique* : négative.

Le 3 mai 1930. — 2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin.

Le 5 mai. — Grande amélioration ; l'érythème est très atténué, la desquamation, très diminuée, est beaucoup plus fine. Le siège est guéri.

3^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

Examen des selles :

a) Examen direct : nombreux globules gras colorables par Sudan III, pas de flore iodophile.

b) Culture anaérobie : flore bleue : entérocoque en chaînes, diplocoques et amas ; flore rouge : peu abondante, quelques cocco-bacilles et quelques bâtonnets.

Le 7 mai. — L'amélioration continue. Selles jaunes.

4^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 10 mai. — Poids stationnaire. Selles mélangées.

5^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 14 mai. — L'état cutané est très amélioré : l'érythème est beaucoup plus pâle.

6^e *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

Le 16 mai. — 7^e *Intradermo-réaction* : 2 gouttes vaccin.

Le 19 mai. — 8^e *Intradermo-réaction* : 2 gouttes vaccin.

21 mai. — 9^e *Intradermo-injection* : La desquamation est à peu près disparue, il persiste un léger érythème.

23 mai. — L'état cutané est excellent. La guérison à peu près complète.

Mais mauvais état général : chute de poids de 60 gr. ; température 38°.

OBSERVATION XXIII

Type eczéma séborrhéique généralisé.

(Obs. 18, Exp. XV). — G... Marcelle.

Rien à noter dans les antécédents maternels.

Née le 1^{er} avril 1930, à terme. Poids de naissance : 3 k. 910. Placenta : 700 gr. Rapport fœto-placentaire : 1/5,6.

Nourrie au sein jusqu'au 28 avril, puis allaitement mixte (sein complété par du lait condensé).

A présenté au 16^e jour (16 avril) un abcès sous-cutané du cuir chevelu et quelques abcès furonculeux disséminés sur le tronc et les membres inférieurs.

Culture du pus : staphylocoque blanc. Guérison très rapide par auto-vaccin.

Malgré cette vaccination anti-staphylococcique, apparaît le 29 avril un érythème fessier à extension rapide, intéressant la partie inférieure du corps, depuis l'ombilic jusqu'aux malléoles.

En 48 heures, cette lésion s'assèche spontanément et prend un aspect érythémato-squameux sec.

2 juin 1930. — 4 k. 350.

Bon état général, aucun stigmate d'hérédosyphilis; selles mastic.

L'enfant présente une éruption érythémato-squameuse sèche du type eczématide, intéressant le cuir chevelu, le cou, le tronc dans sa totalité, les membres inférieurs et supérieurs. La face seule est à peu près respectée.

Intertrigo des plis inguinaux, reliquat de la dermo-épidermite du siège.

Prélèvement de squames :

a) au niveau du thorax : entérocoque.

b) au niveau de l'abdomen : entérocoque.

c) au niveau du cuir chevelu : entérocoque.

Examen coprologique :

a) examen direct : entérocoque.

b) culture : entérocoque (culture pure).

Acides organiques : 32 cm³ (voir graphique III, page 46).

Intradermo-réaction : Vaccin anti-streptococcique I.P. : négative.

4 juin. — 4 k. 340.

La mère présentant un abcès du sein a cessé l'allaitement et l'enfant est mis à l'allaitement artificiel (lait condensé).

Selles mastic.

Même bactériologie que le 2 juin.

Acides organiques : 27 cm³.

1^{re} *Intradermo-injection :* 1 goutte vaccin anti-entérococcique (5 milliards par cm³). *Pas de traitement externe.*

7 juin. — 4 k. 360.

Amélioration de l'état cutané; l'érythème s'atténue, la desquamation est plus fine.

Selles mastic, légèrement fétides.

Bactériologie des selles :

Examen direct : entérocoque.

Cultures : entérocoque très abondant, bacille type coli rare.

Acides organiques : 22 cm³.

2^e *Intradermo-injection :* 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

11 juin. — 4 k. 370.

L'érythème pâlit considérablement, les plis sont asséchés. Au niveau du cuir chevelu, disparition à peu près complète des squames.

Selles jaunes : 3 par jour.

Examens bactériologiques directs et cultures : entérocoque très abondant.

Acides organiques : 11 cm³.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

13 juin : 4 k. 370.

L'érythème s'estompe, la desquamation s'atténue.

Selles jaune pâle et mastic (Babeurre au riz sucré).

Bactériologie : identique à celle du 11 juin.

Acides organiques : 17 cm³.

4° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

16 juin : 4 k. 425.

Bon état général. L'enfant refuse les biberons de babeurre.

Grande amélioration cutanée.

Selles normales.

Bactériologie : entérocoque beaucoup moins abondant à l'examen direct et à la culture.

Acides organiques : 13 cm³.

5° *Intradermo-injection* : 2 gouttes vaccin.

17 juin. — *Acides organiques* : 18 cm³.

18 juin. — 4 k. 475.

Bon état. L'amélioration cutanée continue.

Selles jaunes verdissant à l'air.

Bactériologie : examen direct et cultures : entérocoque peu abondant.

6° *Intradermo-injection* : 2 gouttes de vaccin.

20 juin. — 4 k. 470.

Coryza.

Selles jaunes normales.

Bactériologie : entérocoque peu abondant.

Acides organiques : 16 cm³.

Pas de vaccination.

23 juin. — 4 k. 500.

Bon état général. Au point de vue cutané, il ne persiste qu'une légère desquamation du tronc.

Selles jaunes normales.

Bactériologie : examen direct et cultures : entérocoque peu abondant, bacilles type coli.

Acides organiques : 25 cm³.

7° *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin anti-entérococcique.

26 juin. — 4 k. 590.

Selles décolorées.

Examen bactériologique : direct et cultures : entérocoque plus abondant.

Acides organiques : 10 cm³.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

30 juin. — 4 k. 625.

Très bon état général.

Guérison de l'affection cutanée.

Selles jaunes.

Examen bactériologique des selles : entérocoque et type coli.

Acides organiques : 19 cm³.

OBSERVATION XXIV

(Obs. 23, Expér. XX). — B... Pierre.

Premier enfant. Né à terme le 14 mai 1930. Poids de naissance : 2 k. 950. Placenta : 450 gr.

Elevé au sein. Selles jaunes fréquentes : 4 à 5 par jour.

Au 12^e jour apparition d'un érythème fessier. Rapidement, extension au tronc et à la tête.

Le 18 juin 1930. — 3 k. 725.

L'enfant présente au point de vue cutané une vaste lésion érythémato-squameuse sèche intéressant la totalité du corps, membres inférieurs, siège, tronc, membres supérieurs, région cervicale, totalité du cuir chevelu, partie supérieure de la face.

Seule la partie inférieure du visage : la lèvre supérieure et le menton, est respectée.

Lésions périanales et inguinales suintantes.

Intertrigo rétro-auriculaire gauche.

Prélèvement de squames :

Au niveau du thorax : entérocoque.

Examen des selles :

Examen direct : pas de flore iodophile, ni de globules gras, nombreux cristaux.

Méthode de Gram : entérocoque abondant. Pas de flore rouge.

Cultures : entérocoque.

Intradermo-réaction : 1 goutte vaccin anti-streptococcique : négative.

Le 20 juin 1930. — L'enfant présente quelques vomissements et de la diarrhée.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin anti-entérococcique à 5 milliards par cm³.

Erythème s'atténue. La desquamation est plus fine.

Examen des selles : mêmes résultats.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

26 juin. — 3 k. 600.

Diarrhée : selles liquides, mélangées (Potion eau de chaux).

Examen des selles :

Examen direct : pas de flore iodophile. Nombreux globules gras.
Méthode Gram : entérocoque peu abondant. Pas de flore rouge.
Cultures : entérocoque en culture pure, surtout forme d'involution.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

26 juin. — 3 k. 630.

Selles améliorées. Encore mélangées.

Otite.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

30 juin. — 3 k. 550.

L'érythème est très atténué, la desquamation a disparu.

En de nombreux points, apparition d'îlots de peau saine.

Toujours selles mélangées vertes.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

Examen des selles : mêmes résultats que le 25 juin.

2 juillet. — 3 k. 570.

Meilleur état général ; selles ne sont plus liquides mais encore un peu mélangées. L'otorrhée persiste encore.

Au point de vue cutané l'amélioration se poursuit.

6° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

4 juillet 1930. — 7° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

7 juillet. — Très grande amélioration cutanée : l'érythème est très atténué et la desquamation, très diminuée, est facile.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

9 juillet. — L'érythème a complètement disparu. La desquamation se fait en squames fines, légères.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

11 juillet. — Guérison complète.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin.

OBSERVATION XXV

(Obs. 30, Expér. XXXII). — B... Yvette.

Née à terme le 11 juin 1930. Poids de naissance : 3 k. 170. Placenta : 910 gr. Rapport fœto-placentaire 1/3,4.

Elevée au sein. Selles jaunes mélangées.

Début de l'érythème fessier au onzième jour, sans modification objective des selles.

Le 9 juillet. — Vaste érythème intéressant le siège et les membres inférieurs ; s'étendant de l'ombilic aux malléoles : érythème sec, sans intertrigo, squames en de nombreux points, avec bordure diffuse squameuse. Quelques placards aberrants.

Au niveau des joues éruption papulo-vésiculeuse suintante.

Squames grasses épaisses de la région sourcilière et du cuir chevelu.

Intertrigo rétro-auriculaire et cervical.

Intradermo-réaction avec une goutte vaccin streptococcique : négative.

L'état général est médiocre. L'enfant présente en outre une mammite droite suppurée.

Le 3 octobre 1930. — 6 k. 050.

Bon état général.

L'enfant est au sein. Pas de troubles digestifs.

L'état cutané est exactement le même qu'il y a trois mois.

Au cuir chevelu calotte de squames grasses épaisses donnant l'impression de croûtes d'impétigo.

Intertrigo rétro-auriculaire bilatéral.

A la face et à la région cervicale médaillons d'eczématides : bouche et menton respectés.

Prélèvement de squames :

Au cuir chevelu : entérocoque et levures.

Région rétro-auriculaire : même aspect.

1^{re} *Intradermo-injection, vaccin anti-entérococcique à 2 millions par cm³ : 1 goutte (légèrement positive).*

8 octobre 1930. — L'intertrigo rétro-auriculaire s'assèche.

Apparition sur les mains d'une éruption papulo-vésiculeuse.

2^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.*

10 octobre. — Vomissements habituels (Lactate Hg).

Au point de vue cutané amélioration : les squames du cuir chevelu commencent à se détacher.

3^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin dilué (300 millions par cm³).*

15 octobre. — 6 k. 150.

L'amélioration se poursuit. Le siège est guéri.

4^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin à 500 millions.*

17 octobre. — 6 k. 250.

5^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin à 500 millions.*

20 octobre. — Bon état général.

6^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.*

22 octobre. — L'amélioration se poursuit.

7^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin à 2 millions.*

27 octobre. — Les croûtes du cuir chevelu persistent, impétiginisées.

Etat général satisfaisant.

8^e *Intradermo-injection : 1 goutte vaccin (500 millions).*

29 octobre. — Très grande amélioration au niveau de la région cervicale.

L'érythème est très atténué, il n'y a pas de suintement ni de squames.

Apparition de nombreux îlots de peau saine.

Les croûtes du cuir chevelu persistent.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 1 milliard (intradermo positive).

31 octobre 1930. — 6 k. 315.

Réapparition d'une éruption papulo-vésiculeuse du tronc et du visage.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin (2 milliards).

10 novembre. — Selles vertes depuis huit jours coïncidant avec retour de règles de la mère.

Il persiste un placard de croûtes au niveau du cuir chevelu (traitement : cristal violet et pâte à oxyde jaune).

28 novembre. — Bon état général. Guérison au point de vue cutané.

12 décembre. — Réapparition au cuir chevelu de croûtes d'impétigo.

9 janvier 1931. — 6 k. 930.

Depuis 4 ou 5 jours apparition de petits éléments papuleux au niveau de la joue droite.

Persistence des croûtes au niveau de la joue droite.

Rougeur du siège.

20 mars. — 7 k. 250.

L'état général est bon.

Localement, malgré traitement (pâte oxyde jaune, propidex, baume Baissade), persistance des lésions du cuir chevelu qui s'étendent vers l'occiput.

Eczéma des sourcils et petites lésions érythémato-vésiculeuses des joues.

Le siège est sain.

OBSERVATION XXVI

(Obs. 37, Expér. XXXIV). — H... Ange.

Né à terme le 29 août 1930. Poids de naissance: 3 k. 820. Placenta : 650 gr. RFP.: 1/5,8.

Au sein. Selles normales.

A 12 jours : siège rouge. Extension rapide ; à 18 jours : généralisation.

Le 10 octobre 1930. — *Etat cutané* :

Tête : éruption à peu près généralisée érythémato-squameuse sèche.

A la face, au niveau des joues : éruption érythémateuse à fines papulo-vésicules, très peu squameuses. Le menton et le pourtour de la bouche sont atteints, présentant toutefois quelques îlots de

peau saine. Le front, les paupières, les oreilles sont le siège d'une éruption à fine desquamation sur fond d'érythème.

Le cuir chevelu est intéressé dans sa totalité : fond d'érythème recouvert soit de squames blanches sèches (type teigne amiantacée d'Alibert), soit de placards de squames grasses épaisses adhérentes.

Pas d'intertrigo rétro-auriculaire, ni cervical.

Au tronc, la face antérieure est intéressée dans toute son étendue par une éruption érythémato-squameuse sèche.

De l'ombilic au pubis les squames sont plus grasses. Pas de suintement. La région dorsale présente un semis de séborrhéides soit isolés, soit en vastes placards.

Le siège est rouge, luisant, la lésion est limitée par une bordure squameuse.

Aux membres inférieurs, la face interne des cuisses et des jambes présente la même éruption à squames grasses s'étendant jusqu'à la région plantaire qui desquame. A la face externe des cuisses quelques îlots de peau saine.

Aux membres supérieurs : semis de séborrhéides à squames grasses avec placards aux aisselles et aux plis du coude.

Intertrigo axillaire gauche.

Prélèvement de squames :

Au cuir chevelu : entérocoque.

A la région frontale : entérocoque.

Dans région cervicale : entérocoque.

Au thorax : entérocoque.

A la région lombaire : entérocoque.

Au niveau du siège : entérocoque.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque à l'état de culture pure. Pas de flore rouge.

Intradermo-réaction : une goutte vaccin antistreptococcique IP : négative.

15 octobre 1930. — Selles panachées

1^{re} Intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérocoque à 500 millions par cm³.

17 octobre 1930. — 4 k. 720.

Poids stationnaire : compléter l'allaitement au sein par un biberon de lait condensé Nestlé.

Selles post-prandiales jaunes, verdissant à l'air, mousseuses.

L'intradermo-injection est bien supportée.

L'érythème est moins intense. Le siège moins vernissé.

2^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin à 500 millions.

20 octobre. — L'érythème s'atténue. La desquamation est plus facile.

Amélioration des selles.

3° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards de germes par cm³.

22 octobre 1930. — L'érythème s'atténue, la desquamation est plus facile.

4° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

24 octobre 1930. — 4 k. 830.

Bon état de nutrition. Etat cutané en grande amélioration, la calotte commence à se détacher.

5° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

27 octobre 1930. — Il n'y a plus d'érythème au niveau du tronc, la desquamation y est plus facile.

Au niveau du siège l'érythème est sec.

Sur le front apparition d'îlots de peau saine.

6° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

29 octobre 1930. — L'amélioration se poursuit.

Apparition d'îlots de peau saine au niveau du tronc. La desquamation est très atténuée.

7° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

31 octobre 1930. — 5 k. 140.

Très bon état général.

La calotte du cuir chevelu se détache en de nombreux points laissant à nu des îlots de peau absolument saine.

8° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

3 novembre 1930. — Le front est à peu près dégagé, le tronc presque normal avec très légère desquamation. Il persiste un érythème sec du siège et de la face interne des cuisses.

9° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

5 novembre 1930. — La calotte crânienne continue à se détacher. L'intertrigo rétro-auriculaire s'assèche. L'érythème fessier s'atténue.

10° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

7 novembre 1930. — 5 k. 380.

Apparition ce matin d'une éruption érythémateuse au niveau de la région fessière.

11° *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 2 milliards.

14 novembre 1930. — 5 k. 490.

L'enfant tousse ; température 37°7. Gros râles à l'auscultation.

Les squames grasses du cuir chevelu commencent à se détacher à la périphérie.

Le siège est érythémateux : la rougeur s'étend du siège et face interne des cuisses jusqu'aux malléoles.

21 novembre 1930. — 5 k. 650.

Meilleur état pulmonaire. Encore quelques râles.

Pas de troubles digestifs.

L'érythème du siège s'atténue et les squames du cuir chevelu se détachent.

28 novembre 1930. — 5 k. 770.

Le cuir chevelu est guéri. L'amélioration continue aussi au niveau de la face.

Le siège est encore rouge.

Il n'y a plus de râle. L'état subfébrile persiste (37°8). Rhinopharyngite.

12 décembre. — 6 k. 010.

Il n'y a plus de fièvre.

Au point de vue cutané il persiste un très léger érythème du siège sec et non squameux.

2 janvier 1931. — 6 k. 450.

Bon état général. Pas de troubles digestifs.

A l'occasion d'une éruption dentaire récidive de la dermite. Nouvelle poussée de l'érythème du siège prédominant au niveau de la face interne des cuisses et des jambes s'étendant jusqu'aux malléoles : rougeur vive diffuse, sèche, très peu squameuse.

Quelques éléments au niveau du cou et de l'angle interne de l'œil droit.

Intertrigo rétro-auriculaire gauche suintant (Calomel).

9 janvier 1931. — Selles normales. Même état cutané.

Prélèvement de squames :

Au niveau de la malléole gauche : entérocoque et type coli.

Au niveau du genou droit : entérocoque abondant et type coli.

Vaccin buccal.

23 janvier 1931. — Quelques éléments papuleux persistent au niveau de la jambe droite.

Prend vaccin buccal.

25 février. — 7 k. 460.

Bon état général. Constipation légère.

Au point de vue cutané il n'existe qu'un placard croûteux d'impétigo au niveau du cuir chevelu (comme une pièce de 0 fr. 50) (pâte à oxyde jaune).

14 avril. — 8 k. 100.

Guérison complète de l'état cutané persiste.

OBSERVATION XXVII

(Obs. 55, Exp. LII). — N... Violette.

Première grossesse : fille jumelle. Née le 31 octobre 1930, au terme de 7 mois. Poids de naissance : 2 k. 120.

Elevée au sein, a eu toujours des selles mélangées.

L'érythème a débuté par le siège.

Le 12 décembre 1930. — Présente :

Un érythème fessier limité de la région génitale et de la pointe des fesses, luisant, vernissé, humide.

La région externe des cuisses et des jambes présente des lésions sèches érythémato-squameuses à bordure polycyclique avec quelques collerettes épidermiques de bordure.

A la région abdominale on trouve soit des éléments du type séborrhéide en médaillons, soit de vastes placards érythémato-squameux secs résultant de la confluence de ces médaillons.

Au thorax, semis de petits séborrhéides.

La face est intéressée dans presque toute sa surface, seule la région temporo-zygomatique droite est respectée. Lésions sèches érythémato-squameuses à squames grasses constituant des lunettes et une barre sourcilière.

Au cuir chevelu jusqu'au vertex, lésions érythémato-squameuses à squames sèches adhérentes. Dans la région auriculaire, lésions érythémato-squameuses sèches.

Intertrigo cervical.

Prélèvement de squames :

Au cuir chevelu : entérocoque et type coli.

A la région fessière : entérocoque et type coli.

Au niveau de la région abdominale : entérocoque et type coli.

Examen des selles :

Examen direct : flore bleue : entérocoque très abondant ; flore rouge : type coli.

Culture : entérocoque ; type coli.

19 décembre. — 2 k. 880.

Alimentation : sein et babeurre.

Pas de vomissements mais selles mélangées.

Début du *traitement par vaccin buccal* : tous les jours prendre une ampoule de $1/2 \text{ cm}^3$ de vaccin anti-entérococcique à 1 milliard 600 millions de germes par cm^3 .

26 décembre. — 2 k. 970.

Le siège est nettement amélioré.

Au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, apparition d'îlots de peau saine.

Même état de la face.

2 janvier 1931. — L'érythème est très atténué, la desquamation abondante et facile au niveau de l'abdomen et du thorax.

A la face et au cuir chevelu les squames épaisses abondantes commencent à se détacher.

21 janvier. — 3 k. 820.

A eu du 22 décembre au 19 janvier 15 cm^3 de vaccin.

Très grande amélioration au niveau de la face : il persiste quelques squames grasses au niveau des sourcils ; le reste du visage est sain.

Depuis quatre jours, légère poussée érythémateuse au niveau du siège.

Pas de troubles digestifs. Selles normales.

On poursuit le traitement.

31 janvier. — Il persiste quelques squames grasses du cuir chevelu et des sourcils.

Bon état général.

L'enfant quitte Paris, très amélioré.

OBSERVATION XXVIII

(Obs. 56, Exp. LIII). — N... Georges.

Frère jumeau de l'observation précédente.

Né avant terme le 31 octobre 1930. Poids de naissance : 2 k. 380.

Au sein.

Vers le quinzième jour, apparition de l'érythème fessier.

A peu près vers la même époque les selles qui étaient normales deviennent plus fréquentes, d'aspect « panaché ».

Le 12 décembre. — L'état cutané est, en tout point, semblable à celui de sa sœur. Vaste eczématisation du type dit séborrhéique sec avec desquamation plus importante au niveau des membres supérieurs et de la face. Le pourtour du nez et de la bouche sont respectés.

Prélèvement de squames :

Région frontale : entérocoque et type coli.

Région abdominale : entérocoque et type coli.

Examen des selles :

Examen direct : entérocoque très abondant. Pas de flore rouge.

Culture : entérocoque extrêmement abondant, type coli peu abondant.

Le 26 décembre. — 3 k. 150.

Traitement buccal. Tous les jours 1/2 cm³ vaccin, à un milliard 600 millions par cm³.

Le 30 décembre. — A pris 4 ampoules de vaccin.

Le siège nettement amélioré : l'érythème a pâli; des îlots de peau saine apparaissent.

Etat stationnaire à la face, au thorax, au cuir chevelu.

On poursuit le traitement.

Le 2 janvier 1931. — Très grande amélioration portant sur l'érythème.

Au niveau de la région fessière les lésions sont sèches.

L'érythème du tronc a disparu, il persiste une très fine desquamation.

Au niveau des sourcils et du cuir chevelu, les squames se détachent.

Pas de troubles digestifs : prend 5 tétées et un biberon de ba-beurre.

Les selles sont normales.

Le 21 janvier. — L'enfant est très amélioré.

Le 31 janvier. — Bon état général.

Au point de vue cutané, guérison presque complète. Il persiste quelques squames grasses peu épaisses au niveau du cuir chevelu et des sourcils.

Par ailleurs, le tronc et le siège sont absolument sains.

OBSERVATION XXIX

(Ob. 67, Exp. LXIII). — P... Maurice.

Né le 7 février 1931 au terme de 8 mois avec poids de naissance de 2 k. 180.

Première grossesse. Rien de particulier dans les antécédents.

Exclusivement au sein pendant les 15 premiers jours, puis allaitement mixte (sein et lait sec).

A sa sortie de l'hôpital, au vingt-cinquième jour, l'enfant présente un érythème fessier intense et des troubles digestifs : vomissements et selles diarrhéiques verdâtres.

Huit jours après, à 33 jours, des lésions cutanées de la face se constituent.

Le 25 mars, 45 jours. — 2 k. 630.

L'enfant présente les mêmes troubles digestifs.

Au point de vue cutané : vaste lésion érythémato-squameuse à squames grasses intéressant tout le segment inférieur du corps, de l'ombilic à la région plantaire. Cette lésion a succédé à un érythème fessier dont on retrouve encore la signature au niveau des plis et de la face externe des jambes où il persiste quelques colerettes épidermiques de bordure.

Le tronc est envahi dans sa totalité par des éléments en médaillons ovalaires, érythémato-squameux secs, parfois par des plaques assez étendus, en particulier au niveau des régions axillaires.

Au niveau de la région cervicale : médaillons d'eczématides.

A la face, lésions érythémato-squameuses sèches « type eczématides » disséminées à la face intéressant les joues, la lèvre supérieure.

Le menton et la pointe du nez sont à peu près indemnes.

Autour des yeux, lésions érythémato-squameuses à squames grasses, en lunettes.

Au cuir chevelu une « calotte » de squames grasses commence à se constituer.

Intertrigo retro auriculaire bilatéral avec lésions érythémato-squameuses du pavillon.

Prélèvement de squames :

Aisselle droite : entérocoque.

Ombilic : entérocoque.

Jambe gauche : entérocoque.

Selles :

Examen direct : flore bleue : entérocoque extrêmement abondant.

flore rouge : type coli peu abondant.

Cultures TB: entéro 60 %

coli 40 %.

27 mars. — Même état.

Début du *traitement par vaccination buccale*.

Tous les jours, 1/2 cm³ de vaccin anti-entérocoque à 2 milliards de germes par cm³.

3 avril, 2 k. 800. — Amélioration manifeste.

Le siège est presque normal, érythème très pâle, peau lisse.

Au niveau de l'abdomen, dans la région sous-ombilicale il persiste une légère desquamation de squames grasses.

La face est moins érythémateuse. Il persiste quelques îlots de squames grasses au niveau de la région temporale, la barre sourcilière est intacte, mais les squames se détachent facilement. La lèvre supérieure est presque saine.

Au cuir chevelu, la calotte se désagrège. Elle persiste seulement au niveau du sommet du crâne.

Au point de vue général : l'état des selles s'est légèrement amélioré.

10 avril 1931, 2 k. 860. — *L'enfant a pris 8 ampoules de vaccin : 1/2 cc. tous les deux jours.*

Le 8 avril, reprise de la diarrhée : 6 selles par jour liquides vertes et réapparition de l'érythème fessier : localisé à la pointe des fesses.

La face est saine à l'exception de la barre sourcilière persistante.

Au niveau du cuir chevelu, la calotte se craquèle.

On arrête le traitement par vaccin buccal et on institue le régime de la diarrhée : sein et babeurre. Sérum physiologique sous-cutané.

17 avril, 2 k. 950. — L'état général est meilleur. La diarrhée a disparu. Sein et lait sec.

Au point de vue cutané, l'état est le même au niveau du cuir chevelu. Dans la région cervicale et la région axillaire réapparition de placards érythémato-squameux.

27 avril, 3 k. 280. — Bon état général.

L'état cutané est stationnaire.

1^{re} *Intradermo-injection* : 1 goutte de vaccin antientéroccocique à 50 millions par cm³.

4 mai 1931, 3 k. 620. — Bon état général. Selles normales. 2 tétés plus 5 biberons de lait sec.

Dans l'ensemble l'éryhème est légèrement atténué.

2^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 50 millions.

6 mai 1931. — Selles un peu plus fréquentes, panachées.

Le cuir chevelu s'améliore. Petite poussée érythémateuse au niveau du siège.

3^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 50 millions.

5 mai. — 4^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 100 millions.

11 mai, 3 k. 880. — Le siège est presque normal : il n'existe qu'une légère rougeur de la pointe des fesses.

Le cuir chevelu présente des squames grasses en îlots, sur un fond de peau saine; au niveau du front, il existe encore un érythème pâle.

5^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 100 millions.

13 mai, 4 k. 020. — L'enfant a eu hier des selles plus fréquentes, d'aspect normal, coïncidant avec le retour de couches de la mère.

Le siège présente une nouvelle petite poussée érythémateuse.

6^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

15 mai. — Même état cutané.

7^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

18 mai, 4 k. 120. — Meilleur aspect des selles.

8^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin à 500 millions.

20 mai, 4 k. 210. — L'érythème du siège est très atténué.

Il persiste quelques squames grasses au niveau du cuir chevelu.

9^e *Intradermo-injection* : 1 goutte vaccin anti-entéroccocique à 500 millions.

1^{er} juin 1931. — L'état général est satisfaisant.

La guérison est complète au point de vue cutané.

VI. — ERYTHRODERMIE DESQUAMATIVE

OBSERVATION XXX

(Obs. 12, Exp. VII). — Gr... Michel.

Né à terme, le 27 mars 1930. Poids de naissance 3 k. 079. Placenta 620 gr. RFP 1/5.

Au sein exclusivement.

A 15 jours, l'enfant a présenté un érythème fessier, puis rapidement une éruption généralisée du type érythémato-squameux.

Le 30 avril. — L'enfant présente une éruption généralisée occupant la totalité du corps, y compris les régions palmo-plantaires.

Eruption érythémateuse avec desquamation lamellaire, sans suintement, sur toute son étendue sauf au niveau de la région fessière qui présente un érythème rouge vif, luisant, sans squames et sans suintement.

3 k. 300. — Pas de vomissements, mais l'enfant s'alimente mal et les selles vertes sont fréquentes.

Prélèvement de squames : entérocoque.

Le 2 mai. — L'enfant tête difficilement et a toujours la diarrhée.

1^{re} Intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

Localement, sur la région lombaire, pommade au lysat-vaccin.

Culture selles s/TB : entérocoque en culture pure.

Le 5 mai. — Au lieu d'application de la pommade, amélioration: apparition d'îlots de peau saine et disparition de la desquamation. Toujours selles vertes.

2^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.

Le 7 mai. — L'enfant tête mal. Les selles sont plus jaunes.

Au point de vue cutané, l'érythème est moins intense. La desquamation se fait en larges lambeaux : apparition de quelques îlots de peau saine. Le cuir chevelu garde encore une carapace de squames épaisses.

3^e Intradermo-injection : 1 goutte vaccin.

9 mai, 3 k. 190. — Pas de vomissements. Selles vertes glaireuses liquides, 7 ou 8 par jour.

Localement la desquamation s'atténue. Il existe quelques régions sans squames. Au cuir chevelu la calotte commence à se détacher.

Régime : Eau de riz et potion. (Eau de chaux. Sirop coings. Sirop diacode), puis babeurre.

4^e Intradermo-injection.

12 mai. — Boit mieux. Atténuation de la diarrhée. Selles jaunes.

14 mai. — Meilleur état général. Selles jaunes mieux liées.

(Babeurre 155 gr.+25 gr. eau+surce)

OBSERVATION XXXI

(Obs. de MM. G. Blechmann et P. Potelune, communiquée à la Société de Pédiatrie de Paris à la séance du 20 octobre 1931).

Sans antécédents. 5^{me} enfant.

A présenté dès les premiers jours de sa vie un érythème fessier intense et très rapidement extensif.

Trois semaines après le début de l'affection, la dermite est à peu près généralisée.

L'enfant nourrie au sein jusqu'à l'âge de 6 semaines présentait dès le début, des vomissements et 6 à 8 selles par 24 heures.

Malgré les changements de régime, à commencer par la privation du sein, puis l'essai de lait condensé Nestlé et de babeurre, les troubles digestifs ne s'amendèrent pas et l'enfant conserva jusqu'à 10 selles par jour; donc l'inefficacité des changements de régime se montra évidente.

Sur les lésions, l'application de poudres, de pâtes calmantes, réductrices, etc., n'apporta aucune amélioration.

Le 2 août. — L'enfant âgée de 2 mois et 10 jours, présentait tous les signes d'une érythrodermie desquamative du type Leiner-Mous-sous. L'état général était des plus précaires : l'enfant pesait 3 k. 435, soit 320 gr. de moins que son poids de naissance : elle était sur la voie de l'athrepsie.

Sous l'influence d'une triple médication, l'état général et la dermatose se sont parallèlement et très rapidement améliorés.

Ce traitement a comporté :

- a) Des injections de sérum maternel;
- b) Des injections d'insuline;
- c) L'ingestion de vaccin anti-entérococcique.

En outre, on prescrivit une modification relativement peu importante du régime alimentaire et la suppression des topiques locaux.

A un second examen, 5 semaines après, l'enfant avait augmenté de 900 gr.; elle était entièrement transformée, tant en ce qui concerne l'état général que la dermatose qui avait complètement changé de caractère.

Toutes les lésions érythmato-squameuses sèches avaient disparu, l'épiderme avait repris son aspect normal, sauf, *au niveau des plis* où il montrait les caractères de l'*érythème intertrigo*.

A ce moment, *des prélèvements de squames* effectués au niveau des plis ont révélé, après culture sur milieu de Truch bilié anaérobie, la présence constante d'entérocoques (Montlaur).

Un prélèvement de selles permettait de mettre en évidence à l'examen direct, une prédominance de la flore bleue (entérocoques) et à la culture (Truch bilié), 60 % d'entérocoque.

Justification de la triple médication. — En présence de cette dermatose et d'après son évolution, suivant les travaux de M. et Mme H. Montlaur, il s'agissait d'une dermite entérococcique avec lésions primitives fessières et phénomènes de sensibilisation secondaires sur un terrain particulièrement réceptif (insuffisance hépato-pancréatique).

La désensibilisation générale a été tentée à l'aide de sérum ma-

ternel, en injections tous les 2 jours (en commençant par 1/4, puis 1/2, puis 1, puis 2 cm³, moins bien supporté à cette dernière dose).

Pour modifier les fonctions du foie et du pancréas : injections d'insuline Byla tous les 2 jours (une unité pour commencer, jusqu'à 4 unités).

Pour obtenir la transformation du milieu intestinal : ingestion quotidienne d'un vaccin anti-entéroccocque (stock-vaccin dilué).

Evolution de l'état général et de la dermatose sous l'action du traitement. — L'affection cutanée a évolué en 3 temps :

1° Les premiers jours, érythème fessier, suintant et luisant, en fer à cheval ;

2° Généralisation rapide suivant un mode éruptif différent, érythémato-squameux. Inefficacité des topiques locaux ;

3° Sous l'action du traitement, régression des lésions, disparition de l'érythème et des squames ; localisation aux plis. A ce moment, il ne s'agit plus d'érythrodermie desquamative, mais d'érythème intertrigo typique.

De jour en jour, tandis que la peau recouvrait peu à peu son aspect normal, l'enfant reprenait progressivement de l'appétit, les troubles digestifs s'amendaient et le pannicule adipeux commençait à apparaître.

Le 8 octobre (7 semaines après le début du traitement), l'enfant ne conservait plus que des lésions intertrigineuses évoluant par poussées et son facies était des plus satisfaisants.

Conclusions

I. — Chez le nourrisson, au cours des cinq premiers mois de la vie, on observe un certain nombre de réactions cutanées classées jusqu'alors dans la série des eczémas.

II. — Ces dermatoses, dont les processus évolutifs sont variables, présentent une étiologie commune microbienne, due à un entérocoque de virulence exaltée, d'origine intestinale.

III. — Ces dermites débutent toujours par le siège.

IV. — La lésion initiale représente l'un des types décrits par Jacquet sous le nom de dermites infantiles, et surtout le type étudié par Moussous et Lebard.

V. — C'est une dermo-épidermite entérococcique, dont la nature microbienne se traduit :

a) Cliniquement, par les collerettes épidermiques en bordure de la lésion principale et par les éléments aberrants qui en représentent le processus d'extension.

b) Par l'examen bactériologique qui décèle la présence constante de l'entérocoque dans les squames épidermiques.

c) Par les examens coprologiques qui mettent en évidence :

1° La rupture de l'équilibre microbien par pullulation de l'entérocoque;

2° L'exagération du processus normal de fermentation : augmentation du taux des acides organiques chez l'enfant au sein. Chez l'enfant à l'allaitement artificiel, l'élévation du taux des acides organiques semble faire défaut du fait de la saturation des acides par les sels alcalino-terreux contenus dans le lait.

VI. — Les dermites entérococciques du nourrisson s'accompagnent souvent de réactions cutanées à distance, de type éruptif différent : les eczématides.

VII. — Ces eczématides sont l'expression de la réaction tégumentaire aux toxines de l'entérocoque. Elles doivent être considérées comme un phénomène de sensibilisation, comme des entérococcides.

VIII. — La forme décrite par Leiner et Moussous, sous le nom d'érythrodermie desquamative des nourrissons représente l'extension à tous les téguments de la réaction seconde entérococcique.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- BESNIER. — Eczéma. *Pratique Dermatologique*, t. II, Masson et C^{ie} 1900-1904.
- BEZANÇON (F.). — *Précis de Microbiologie clinique*, Masson et C^{ie}, 1920.
- BLECHMANN. — Nourrisson et enfants. *Consultations journalières*. Doin, 1926.
- BLECHMANN (G.). — Réactions cutanées dites « Eczéma du Nourrisson » et Entérocoque. *Pédiatrie*. Janvier 1932.
- BLECHMANN et HALLEZ. — A propos d'un cas d'érythrodermie desquamative, *Le Nourrisson*, septembre 1921.
- BLECHMANN et POTELUNE. — A propos du traitement d'une érythrodermie, type Leiner-Moussous, rapidement guérie. Rôle de l'entérocoque. *Société de Pédiatrie*, 20 octobre 1931.
- BOUTELIER. — Quelques dermatoses communes de l'enfance. *Mono-graphie de pédiatrie et de puériculture*. Gauthier-Villars, 1930.
- BRUNO-BLOCH. — Allergie-Anaphylaxie und Idiosynkrasie in der Dermatologie. *Klin-Wochens*, n°s 23 et 24.
- CASSOUTE. — *Soc. Pédiatrie*, 15 mars 1921.
- CEDERCREUTZ. — Recherches sur un coccus polymorphe, hôte habituel et parasite de la peau humaine. Travail du laboratoire de la Ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis. Steinheil, Paris 1901.
- COMBY (J.). — Erythrodermie desquamative des nourrissons. *Archives de Médecine des Enfants*, 1909.
- COMBY (J.). — Erythrodermie exfoliatrice généralisée. *Archives de médecine des Enfants*, août 1928.
- COMBY (J.). — *Traité des maladies de l'enfance*. Vigot, 1928.
- COMBY (J.). — *Soc. de Pédiatrie*, mars 1921, avril 1931.
- COUSIN (J.). — Contribution à l'étude du rôle biologique de la peau dans les infections. *Thèse de Paris*, 1928.
- DANYSZ. — De l'emploi des Entéro-antigènes dans la pratique médicale. *Bulletin méd.*, Paris, 24 juillet 1920, p. 657.
- DARIER (J.). — *Précis de dermatologie*. Masson 1928.
- DARIER (J.). — L'eczéma après le Congrès de Copenhague. *Presse médicale*, 10 décembre 1930.

- DARIER (J.). — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *Rapport au VIII^{me} Congrès Inter. de Derm. et Syphil.* Copenhague 1930.
- DEBRÉ (R.), GOIFFON (R.) et ROCHEFRETTE. — Les salles des nourrissons normaux au sein et au biberon (essai de syndromes coprologiques). *Revue française de Pédiatrie*, n° 3, 1926.
- DESAUX. — Conception de la réaction cutanée. *Progrès Médical*, 7 juin 1930.
- DOPTER et SACQUEPÉE. — *Bactériologie*. J.-B. Baillière et fils, 1927.
- DUVAL (H.-L.). — Hérédité syphilitique et eczéma. *Th. Paris*, 1924.
- ESCHERICH. — Beitrage zur Kenntniss der Darmbakterien. *Müch Med. Wochens*, monographie de Stuggard, 1886.
- ESCHERICH. — Streptococcus enteritis. *M. Jahrb. J. Klindo*, mars 1899.
- EYRAUD-DECHAUX (M^{me}). — *In Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 avril 1930.
- FERRAND (M.). — Dermites des nourrissons. Erythèmes infantiles. *Thèse Paris*, 1908.
- FIESSINGER (Noël). — Les infections à entérocoques. Les entérocoques. *Traité de Médecine et de thérapeutique*, 1922.
- FRANTZ. — Données chimico bactériologiques et observations sur la pathogénie de l'entérocoque. *Deut. Arch. für Klin. Mediz.* Leipzig, août 1930.
- FERRU. — Deux cas de cachexie thérapeutique dans l'eczéma du nourrisson. *Soc. Pédiat.* Avril 1931.
- GERNEZ (Ch.). — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. *Thèse Lille*, 1924.
- GERNEZ (Ch.) et RAZEMON. — Intradermo-réactions à l'entérocoque et anticorps entrérococciques. *Société Biologie*, 1924, 301-303.
- GERSTLEY (C.-C.), WANG et WOOD. — The Influence of feeding on certain acids in the feces of infants. *Am. J. of diseases of children*, August, 1928, n° 2.
- GERSTLEY (C.-C.), WANG, BOYDEN et WOOD. — The influence of feeding on certain acids in the feces of infants. *Am. J. of dis. of children*, mars 1930, n° 3.
- GERSTLEY (C.-C.), WANG, BOYDEN et WOOD. — The influence of feeding on certain acids in the feces of infants. A comparison of the effects of breast milk and a modified cow's milk on the excretion of volatile acids. *Am. of diseases of children*, avril 1928, n° 4.
- GOIFFON (R.). — *Manuel de coprologie clinique*, 2^e édition, 1925. Masson et C^{ie}.
- GOUGEROT (H.). — Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile. *Journal des Praticiens*, 14 décembre 1917, n° 50, p. 785.

- GOUGEROT (H.). — Epidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées, simulant une dermatite exfoliatrice. *Journal des Praticiens*, 30 juin 1917, n° 26, p. 401.
- GOUGEROT (H.). — Le complexe dermatologique du pied et de la main et son traitement. *Journal des Praticiens*, 15 juin 1929, n° 24, p. 385. *Archives D. S. de la clinique de Saint-Louis*, juin 1930, n° 6, p. 265.
- GOUGEROT (H.). — Les complexes dermatologiques des plis et leur traitement. *Monde Médical*, n° 777, 15 septembre 1930, p. 777 (5 figures). *Archives D. S. de la clinique de Saint-Louis*, septembre 1931, n° 11, p. 446.
- GOUGEROT (H.). — Dermo-épidermites microbiennes. *Revue de Médecine*, 1916.
- GOUGEROT (H.). — *Dermatologie* « L'indispensable en dermatologie », 4^e édition, 1927.
- HALLÉ (J.). — *Société Pédiatrie*, mars 1921, avril 1931.
- HALLEZ (G.-L.). — Etude critique sur certaines dermatoses desquamatives du nourrisson. *Le Nourrisson*, janvier 1922.
- HAUDUROY (P.). — Etudes sur le streptocoque hémolytique et l'entérocoque. *Th. Strasbourg*, 1921.
- HAXTHAUSEN. — Les streptococcies épidermiques étudiées par une nouvelle méthode de culture. In *Annales de Dermat. et syphiligraphie*, avril 1927.
- HUDELO (L.) et MONTLAUR (H.). — Epidermomycoses eczématoides par parasites du genre des levures. *Soc. fr. de Derm. et Syphil.*, juin 1914.
- HUDELO (L.), CHENE et SIGWALD. — Intradermo-réactions aux vaccins anti-streptococciques et anti-staphylococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. *Bulletin Soc. dermat. et syphil.*, 1928, p. 613.
- HUTINEL. — *Les maladies des enfants*. Tome IV
- JADASSOHN. — Remarques sur sensibilisation et resensibilisation dans les eczémas. *Klin-Woch*, 3 septembre 1923.
- JADASSOHN. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *VIII^e Congrès Intern. de Dermat. et de syph.*, Copenhague, août 1930.
- JARDASSOHN. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *Giorn. ital. di Derm. et sifilog.*, Milano, 5 octobre 1930
- JACQUET. — Dermites infantiles simples. In *Pratique Dermatologique*. t. I, Masson et C^{ie} (1900).
- JACQUET. — Dermites infantiles simples. In *traité des maladies de l'enfance*, t. IV.
- JACQUET. — Des syphiloïdes post-érosives. *Th. Paris*, 188.
- JAUSION (H.), LENEGRE et VENDEL. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémas et sa preuve thérapeutique. *Soc. Française de Derm. et Syphil.*, n° 2, février 1928

- JAUSION (H.). — Discussion. *Soc. Derm. et Syph.*, 1928, p. 618.
- JAUSION (H.). — VIII^e Congrès International de Dermatologie et de Syphil., Copenhague 1930. Discussion.
- JOUHAUD. — Caractères biologiques de l'Entérocoque. *Thèse Paris*, 1903.
- JORDAN (P.). — Sur la fréquence de la présence des streptocoques sur la peau normale. *Arch. für Dermat. et Syphil.*, n° 1, 1929, Berlin. *Annales de Derm. et syph.*, juin 1930.
- KITCHEVATZ. — A propos des intertrigos et eczématites secondaires. *Bulletin Soc. Fse de Derm. et Syph.*, n° 7, juillet 1930.
- KITCHEVATZ. — VIII^e Congrès Intern. de Dermat. et de Syphil., Copenhague, 1930.
- LEBARD. — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. *Th. Bordeaux*, 1905.
- LEREBOUILLET. — *Soc. de Pédiatrie*, novembre 1931.
- LEINER (C.). — Über erythroderma desquamativa eine eigenartige universelle dermatose der Brustkinder. *Arch. für dermat. et syph.*, 1907.
- LESNÉ (E.). — Traitement par le babeurre de certaines toxidermites de l'enfance (strophulus et eczéma). *Arch. Méd. des enfants*, 1906.
- LESNÉ et BOUTELIER. — *La syphilis héréditaire larvée, clinique, diagnostic, traitement*. Doin et C^{ie}, 1931.
- LEVY (E.). — Etude sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons et en particulier des nourrissons eczémateux. *Th. Paris*, 1928.
- MACAIGNE. — Entérococcie. In *Nouveau Traité de Médecine*, 1920.
- MARFAN (A.-B.). — Les érythèmes fessiers. *Le Nourrisson*, mars 1926.
- MARFAN (A.-B.). — *Cliniques des maladies première enfance*. 2^{me} série. Masson et C^{ie}, 1928.
- MARFAN (A.-B.). — *Les affections des voies digestives dans la première enfance*. Masson et C^{ie}, 1930.
- MARFAN (A.-B.). — *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*. Masson et C^{ie}, 1930.
- MARFAN (A.-B.). — Le lait concentré et le lait sec. *Le Nourrisson*, janvier 1930.
- MARFAN (A.-B.) et LEMAIRE (H.). — *Précis d'hygiène et des maladies de la première enfance*. J.-B. Baillière, 1930.
- MATHIEU (R.). — Valeur sémiologique de la teneur des selles du nourrisson en acides organiques et en ammoniacque. *Bul. Soc. Péd.*, n° 1, janvier 1929.
- MONTLAUR (H.) et M^{lle} S. COUTIERE. — Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. *Bul. Ac. Méd.*, 15 juillet 1930.

- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « Eczéma du Nourrisson ». *VIII^e Congrès Intern. de Derm. et de Syph.*, Copenhague, août 1930.
- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Du rôle de l'entérocoque dans la genèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson. Phénomènes de sensibilisation. *Le Nourrisson*, mai 1931.
- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « Eczéma du nourrisson ». 2 mémoires. *Annales de Derm. et de Syphil.*, n^o 5, mai et n^o 7, juillet 1931.
- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Le rôle de l'entérocoque dans la genèse des dermites infantiles simples. *II^e Congrès de l'Union des dermatologistes slaves*, Belgrade, juin 1931.
- MONTLAUR (M. et M^{me} H.). — Erythèmes fessiers et « eczéma » du nourrisson, étude clinique et thérapeutique. *Concours Médical*, n^o 12, 20 mars 1932.
- MOURIQUAND. — La cachexie thérapeutique des nourrissons eczémateux. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, Lyon, 12 mars 1929.
- MOUSSOUS (A.). — *Recueil des leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1893.
- MOUSSOUS (A.). — Erythème fessier et Eczéma séborrhéique. *Arch. Méd. des enfants*, mars 1908.
- MUSANTE. — L'importanza dell'enteroc. proteiforme come agente patogene. *Gazz d'ops.*, Milano 1924.
- NOBECOURT. — Renseignements fournis par l'examen des matières fécales des nourrissons atteints d'affection gastro-intestinales. *Journal de Médecine de Paris*, n^o 19, 9 mai 1914.
- PETGES. — *La pratique des maladies des enfants*. Tome IX, art. eczéma, p. 291; art. érythèmes et dermites infantiles, p. 327. J-B. Baillière, 1925.
- PETGES. — Rapport sur les épidermomyses. *I^{er} Congrès des Derm. et Syphil. de langue française*, Paris, 1922.
- RAVAUT (P.). — Action du traitement anti-syphilitique dans l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec les phénomènes de désensibilisation. *Presse Méd.*, janvier 1920, *Soc. Méd. Hôpitaux*, 13 décembre 1922.
- RAVAUT (P.). — Hérédo syphilis et phénomènes de sensibilisation. *Presse Médicale*, 26 mai 1929.
- RAVAUT (P.). — L'eczéma, réaction seconde de sensibilisation. *Presse Médicale*, n^o 104, 27 décembre 1930.
- RAVAUT (P.) et RABAUD (H.). — Parakératoses psoriasiformes sèches et levurides. *Presse Médicale*, n^o 91, 1928.
- RAVAUT (P.) et RABAUD (H.). — Parakératoses eczématiformes provoquées par des injections intra-dermiques de levurine. *Presse Médicale*, 20 mars 1929.

- RENAULT (J.). — Le sevrage. *Journal Médical français*, n° 7, juillet 1925.
- RENAULT (J.). — L'alimentation rationnelle des enfants. *Monde Médical*, n° 677, 1925.
- RENAULT (J.). — *Soc. de Pédiatrie*. Avril 1931.
- RIBADEAU-DUMAS — *Soc. de Pédiatrie*, 15 mars 1921, 21 avril 1931.
- RIBADEAU-DUMAS et LEVY (M. et M^{me}). — Sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours des eczéma du nourrisson. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 janvier 1928.
- RIBADEAU-DUMAS, MATHIEU (R.) et WILLEMIN (L.). — L'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation des nourrissons. *Le Nourrisson*, mars-mai 1930.
- RIGOT (E.). — Contribution à l'étude des Epidermites microbiennes eczématiformes. *Th. Paris*, 1928.
- ROSENTHAL et CHAZARAIN. — Effets cachectisants de la toxine de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 1904.
- ROUX (J.-C.). — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, avril 1930.
- RUDAUX et MONTLAUR (H.). — *Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire*. Masson, 1931.
- SABOURAUD (R.). — Défense de la peau contre les microbes. *Annales de dermatologie*, 3^{me} série, t. X, 1899-1903.
- SABOURAUD (R.). — Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* ; 3 mémoires, 1900.
- SABOURAUD (R.). — *La peau humaine; sa flore dite normale; ses processus spontanés de défense*, 1900.
- SABOURAUD (R.). — *Dermatologie topographique*. Masson et C^{ie}, 1905.
- SABOURAUD (R.). — Les eczéma microbiens. *Pr. Méd.*, 5 mai 1928, n° 36.
- SABOURAUD (R.). — *Essai critique sur l'étiologie de l'eczéma*, 1900.
- SABOURAUD (R.). — Les parakératoses microbiennes du bout des doigts. *Ann. de Derm.*, février 1931, n° 2.
- SAVIGNAC (R.). — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, octobre 1927.
- SEZARY (A.). — Le problème de la sensibilisation et les méthodes désensibilisation en dermatologie. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, n° 1, février 1930.
- THIERCELIN. — Du diplocoque intestinal ou entérocoque. Son rôle dans la pathogénie de certaines affections digestives. *Bul. de la Soc. de Pédiatrie*, 1889.
- THIERCELIN. — Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. *Soc. Biologie*, 5 avril 1899.

- THIERCELIN. — Morphologie et modes de reproduction de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 24 juin 899.
- THIERCELIN. — Procédés faciles pour isoler l'entérocoque des selles normales; filtration des selles; culture préalable et anaérobie. *Soc. de Biologie*, 26 juillet 1902.
- THIERCELIN. — Formes d'invololution de l'entérobactérie. *Soc. Biologie*, 10 janvier 1903.
- THIERCELIN et JOUHAUD. — Reproduction de l'entérocoque. Taches centrales, granulations, périph. et microblastes. *Soc. Biologie*, 30 mai 1903.
- THIERCELIN et JOUHAUD. — Discipline des variations de forme de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 6 juin 1903.
- THIERCELIN et JOUHAUD. — Vitalité et nutrition de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 13 juin 1903.
- TISSIER (H.). — Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique des nourrissons. *Thèse Paris*, 1900.
- TOUZARD (J.). — L'intradermo réaction dans les pyodermites et épidermomycoses. *Th. Paris*, 1929.
- TRASTOUR (P.). — L'entérocoque. *Thèse de Paris*, 1904.
- TRICOIRE. — Revue générale des infections à entérocoque. *Thèse Lyon*, 1916.
- TRICOIRE. — Note sur certains caractères culturels de l'entérocoque, notamment sur le développement de ce microbe en milieux sucrés. *Soc. Biologie*, 28 février 1920.
- TRICOIRE. — Note sur l'agglutination de l'enter. par le sérum d'animaux immunisés et l'application de cette réaction à l'homme. *Soc. Biologie*, 13 mars 1920.
- DE VAUGIRAUD. — Contribution à l'étude de l'érythrodermie desquamative des nourrissons. *Th. Paris*, 1913.
- WEILL-HALLE. — *Soc. Pédiatrie*, avril 1931.
- WEINBERG et J. DAVESNE. — Rôle de l'entérocoque dans les associations microbiennes. *Soc. de Biologie*, 21 janvier 1928, tome XCVIII, p. 196.
- WEISSENBACH (R.-J.). — Un bon caractère différentiel entre le streptocoque pyogène et l'entérocoque, résultat de l'ensemencement en eau peptonée, glucosée à la bile. *Soc. Biologie*, 3 juin 1918.
- WEINBERG (R. J.). — Différenciation de l'entérocoque du streptocoque pyogène hémolytique et du strep. pyogène non hémolytique par l'ensemencement en eau glucosée, peptonée à la bile. *Soc. Biologie*, 12 octobre 1918.
- WHITE (G.). — Infantile eczéma and examination of the Stools. *Archives of Derm. and Syphil.*, janvier 1923, volume VII.

WHITE (P.-J.). — Relation between colic and eczema in early infancy. *Am. Journ. of diseases of children*, novembre 1929, n° 5.

WORINGER (P.). — Recherches sur l'allergie dans l'eczéma du nourrisson. *Soc. de Pédiatrie*, 16 décembre 1930. *Strasbourg-Médical*, 25 décembre 1930.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE. — DERMITES INFANTILES	13
<i>Chapitre I.</i> — Historique	15
<i>Chapitre II.</i> — Etude clinique de dermites infantiles	17
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie.	27
Observations	47
DEUXIÈME PARTIE. — REACTIONS SECONDES	55
<i>Chapitre I.</i> — Phénomènes de sensibilisation	57
<i>Chapitre II.</i> — Réactions secondes, description clinique	61
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie et pathogénie	67
TROISIÈME PARTIE. — THERAPEUTIQUE ET DICTATIQUE..	73
OBSERVATIONS	83
CONCLUSIONS	141
BIBLIOGRAPHIE	143



IMPRIMERIE SPÉCIALE

DE

MM. VIGOT Frères



